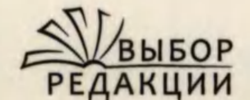
ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ

А. Г. Караяни

ПСИХОЛОГИЯ БОЕВОГО СТРЕССА И СТРЕСС-МЕНЕДЖМЕНТА

2-е издание







А. Г. Караяни

ПСИХОЛОГИЯ БОЕВОГО СТРЕССА И СТРЕСС-МЕНЕДЖМЕНТА

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ВУЗОВ

2-е издание

Рекомендовано Учебно-методическим отделом высшего образования в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений, обучающихся по гуманитарным направлениям

Книга доступна на образовательной платформе «Юрайт» urait.ru, а также в мобильном приложении «Юрайт.Библиотека»

Москва • Юрайт • 2023

УДК 159.9(075.8)
ББК 88я73
К21

Автор:

Караяни Александр Григорьевич — доктор психологических наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, член-корреспондент Российской академии образования, главный научный сотрудник ВНИИ МВД России, профессор кафедры психологии Московского городского педагогического университета, лауреат Государственной премии имени Маршала Советского Союза Г. К. Жукова.

Рецензенты:

Утлик Э. П. — профессор, доктор психологических наук, профессор кафедры психологии Военного университета Министерства обороны Российской Федерации, заслуженный работник высшей школы Росийской Федерации;

Митасова Е. В. — кандидат психологических наук, доцент, профессор кафедры психологии Военного университета Министерства обороны Российской Федерации.

Караяни, А. Г.

К21 Психология боевого стресса и стресс-менеджмента : учебное пособие для вузов / А. Г. Караяни. — 2-е изд. — Москва : Издательство Юрайт, 2023. — 145 с. — (Высшее образование). — Текст : непосредственный.

ISBN 978-5-534-12929-8

Эта книга о том, какое мощное влияние на военнослужащего оказывает участие в боевой деятельности. В ней научно, но простым языком раскрываются такие сложное явления, как боевой стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, посттравматический рост. Пособие — уникальное собрание мирового опыта психологического вспомоществования военнослужащим в преодолении мощных стресс-факторов и драматических психологических последствий современной войны. Достоинством книги является гармоничное сочетание теории, методики и конкретных технологий эффективного боевого стресс-менеджмента.

Соответствует актуальным требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

Для военных психологов, курсантов, обучающихся по специальности «Психология служебной деятельности», магистрантов и адъюнктов, разрабатывающих диссертации по военной психологии, психологов воинских частей и соединений.

УДК 159.9(075.8)
ББК 88я73

ISBN 978-5-534-12929-8

Оглавление

Моему Учителю —
Эрнсту Платоновичу Утлику
с чувством признательности
и благодарности!

Введение

В начале XXI в. военные контингенты десятков государств практически непрерывно участвуют в войнах и военных конфликтах. Так, в войне в Ираке (2003—2010 гг.) принимали участие воинские подразделения из 49 стран; в боевых действиях в Афганистане (2001 г. — н. в.) в разное время участвовали 48 стран, в войне в Сирии задействованы военнослужащие как минимум 15 государств. Военные группировки ряда государств непрерывно воюют на протяжении последних 17 лет. В этих военных событиях только армии сил группирующихся вокруг США коалиций потеряли около 10 000 убитыми и порядка 50 000 ранеными. Потери среди военнослужащих армий Ливии, Ирака, Сирии насчитывают многие десятки тысяч человек.

Военные события, ознаменовавшие начало нового тысячелетия, вновь подтвердили, что война является самым суровым и бескомпромиссным экзаменатором человеческого мужества, стойкости, способности переносить нечеловеческие лишения и боль. Сегодня по-прежнему актуальными являются слова Г. Е. Шумкова о том, что в битвах, в которых принимают участие тысячи воинов, каждый из них в самом себе переживает душевную войну, душевную драму. И из этой личной борьбы каждый воин выходит победителем или побежденным. Начиная с гражданской войны в США (1861—1865 гг.) и по сегодняшний день специалисты отмечают непрерывно возрастающий процент участников боевых действий, которые оказываются неспособными победить в этой «внутренней войне».

Становится все более очевидным, что по уровню своей экстремальности с боевыми действиями не может сравниться ни одно событие на Земле. Действительно, при природном бедствии или техногенной катастрофе, в случае возникновения очевидной угрозы жизни практически любой человек имеет право действовать согласно такому мощному регулятору человеческого поведения, как инстинкт самосохранения.

В бою часто в самый напряженный момент, когда противник ведет огонь из всех видов оружия, активно выискивает жертвы, выставляет ловушки, засады, заслоны, необходимо подняться и идти навстречу неизвестности и опасности. В бою военнослужащий, побуждаемый воинским долгом, нередко действует наперекор инстинкту самосохранения. Борьба между воинским долгом и инстинктом самосохранения порождает мощный внутриличностный конфликт, способный привести к боевой психической травме и срыву в выполнении боевой задачи.

К счастью, в процессе эволюции у человека выработался уникальный и действенный механизм приспособления к новым обстоятельствам жизнедеятельности, к обстановке опасности, неопределенности, неизвестности. Этим механизмом является стресс.

Боевой стресс, вызываемый стресс-факторами боя, позволяет мгновенно мобилизовать имеющиеся у военнослужащего ресурсы выживания, сохранения боеспособности, преодоления предельных физических и психологических нагрузок. Однако, когда стресс-факторы боя чрезвычайно сильны или действуют в течении длительного времени, механизмы стрессового реагирования военнослужащего могут перенапрягаться, что характеризует состояние дистресса. В этом случае воин, продолжая выполнять боевую задачу, заметно снижает боевую эффективность, уверенность в себе, допускает неточности, ошибки, просчеты, промашки и т. д.

Когда боевые стресс-факторы по своей силе превосходят возможности стресс-реактивных механизмов, организм военнослужащего отвечает на эту ситуацию травматическим стрессом, закрепляющимся в боевой психической травме.

С приобретением опыта боевых действий у участника боевых действий формируется своеобразный способ реагирования на боевую обстановку, который условно можно назвать «боевой рефлекс». Боевой рефлекс, обеспечивая выживание воина в бою и необходимую боевую эффективность, за пределами боевой обстановки, например, при его возвращении в мирную жизнь, не позволяет быстро и качественно реадаптироваться и реинтегрироваться в социум, в обычные условия жизнедеятельности. В данном случае может иметь место повторную психотравматизацию воина.

Таким образом, для развития, сохранения и восстановления боеспособности военнослужащих необходима специальная

деятельность командиров, военных психологов, других должностных лиц по управлению боевым стрессом (боевой стресс-менеджмент), важнейшими составными элементами которого являются стресс-диагностика, стресс-профилактика, стресс-регуляция, стресс-реабилитация. Эти элементы и рассматриваются в настоящем учебном пособии.

В главе 1 анализируются стресс-факторы современного боя, сущность, феноменология и виды боевого стресса.

В главе 2 раскрываются методы экспресс — диагностики уровней боевого стресса.

Глава 3 посвящена рассмотрению методов психологической поддержки (экстренной психологической помощи) и психологической реабилитации участников боевых действий в процессе выполнения боевых задач.

Глава 4 нацелена на раскрытие сущности посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у участников боевых действий и методов его диагностики.

В главе 5 раскрываются методы психологической помощи ветеранам боевых действий с симптомами ПТСР методами индивидуальной психологической помощи, а в главе 6 — технологии групповой психологической работы.

Глава 7 посвящается анализу путей и способов психологического возвращения участников боевых действий и бесконфликтного встраивания их в мирную жизнь.

В учебном пособии широко представлен современный отечественный и зарубежный опыт управления стрессом, прежде всего психологической профилактики, поддержки, реабилитации и реадаптации участников боевых действий.

Необходимо особо подчеркнуть, **что рассматриваемые в учебном пособии организационные схемы психологической поддержки, реабилитации и социально-психологической реадаптации участников боевых действий ориентированы на полномасштабную войну**. Характер войны (дистанционный обмен ракетно-артиллерийскими и авиационными ударами, боевые действия по типу полицейских операций, «вахтовый» режим участия в боевых действиях, ядерная война и т. д.), а также вид вооруженных сил и род войск, безусловно, внесут в описанные схемы существенные коррективы. Вместе с тем широко представленные в учебном пособии психологические методы, психотехники, упражнения и приемы работы с боевым стрессом могут стать хорошим подспо-

рьем в работе любого военного психолога, не только в военное, но и в мирное время.

При разработке учебного пособия воплощена **идея многоуровневого учебного содержания**, соответствующего уровням формируемых профессиональных компетенций.

Первый уровень учебного содержания (основной текст) соответствует категории «знать». Его усвоение позволяет обучающемуся претендовать на оценку «удовлетворительно». *Второй уровень учебного содержания* (вставки) отвечает категории «уметь». Его усвоение соответствует хорошему уровню усвоения учебного материла. *Третий уровень учебного содержания* корреспондируется с категорией «владеть». Он представлен в вопросах для самостоятельной работы и практических заданиях, решение которых соответствует отличной оценке усвоения учебного материала и сформированности соответствующих компетенций.

Учебное пособие предназначено для психологов воинских соединений и частей, проходящих повышение квалификации в Военном университете, курсантов, обучающихся по специальности «Психология служебной деятельности», магистрантов и адъюнктов, выполняющих диссертационные исследования по тематике психологической помощи участникам боевых действий.

Глава 1
ПСИХОЛОГИЯ БОЕВОГО СТРЕССА И БОЕВОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

1.1. Психологическая характеристика боевого стресса

Бой создает сильнейшее мотивационное напряжение, пронизывающее все стороны психики воинов, их личностную, ценностную и нравственную организацию. Своеобразными полюсами этого мотивационного поля, генерирующими мощное разнонаправленное притяжение, являются врожденные побудители (инстинкт «бей» или «беги»), сформированные в процессе социализации регуляторы поведения (страх и чувство долга) и ценностные мотиваторы (стремление стать героем или любыми способами спасти свою жизнь). Это мотивационное поле порождает предельное напряжение, вызывающее у участников боевых действий острый внутриличностный конфликт. Сила воздействия стресс-факторов современного боя на психику военнослужащих иногда выходит за пределы человеческих возможностей. Однако в процессе эволюции у человека выработался полезный и эффективный механизм приспособления к самым неблагоприятным обстоятельствам своей жизнедеятельности — стресс.

Понятие «стресс» предложил американский физиолог У. Б. Кеннон — автор теории гомеостаза. Канадский биолог Ганс Селье использовал это понятие в 1936 г. для описания общего адаптационного синдрома. Под стрессом Селье понимал неспецифический ответ организма на воздействие специфических стимулов. Стресс, по его мнению, представляет собой не столько вред от перенапряжения организма, сколько важнейший процесс адаптации, тренировки организма. Его функция — экстренно мобилизовать ресурсы и обеспечить стабиль-

ное функционирование организма для преодоления возникших трудностей.

Селье рассматривал «стресс» как реакцию организма на любой внешний или внутренний раздражитель, превышающий по силе текущие адаптивные возможности организма. Стимулы, вызывающие стресс, были обозначены как «стрессоры».

В развитии стрессовой реакции Селье выделял три стадии.

1. Стадия тревоги, продолжающаяся от нескольких часов до двух суток и включающая две фазы: шока и противошока. На стадии противошока происходит мобилизация защитных сил организма.

2. На стадии сопротивляемости (резистентности) повышается устойчивость организма к различным воздействиям. Эта стадия либо приводит к стабилизации состояния и выздоровлению, либо к третьей стадии адаптационного синдрома — истощению организма.

3. Стадия истощения — характеризуется расходованием энергии и истощением ресурсов организма, повышением тревоги, развитием перенапряжения, *дистресса*.

Г. Селье разработал биологическую концепцию стресса. Позже американским психологом Г. Лазарусом в ходе ряда экспериментов было доказано, что характер реакции человека на стресс-факторы зависит от когнитивной оценки реальной или мнимой угрозы и, следовательно, от сложившегося у конкретного человека «стиля» реагирования на жизненные проблемы — его копинг-стратегии[1]. Лазарус считается автором когнитивной или психологической теории стресса.

Понятие «стресс» в последние десятилетия широко используется для описания реакций участников боевых действий на боевые стресс-факторы. При этом, по существу, предлагаются разные концепции боевого стресса. Так, одни исследователи определяют боевой стресс как мощное воздействие боевой обстановки на психику военнослужащих. В данном случае стресс сводится к стресс-факторам. Вторые рассматривают боевой стресс как сильное негативное переживание участников боевых действий, ухудшающее их боевую деятельность. Адепты этого подхода сужают весь комплекс стрессовых реакций

---

[1] См.: *Лазарус Р.* Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс. М., 1970.

до психологического стресса[1]. Третьи видят в боевом стрессе комплексную неспецифическую адаптивную реакцию организма воина на воздействие боевой обстановки[2].

Ряд исследователей предлагают разделять физиологический и психологический стресс[3]. Другие, например Л. А. Китаев-Смык, рассматривают боевой стресс как интегральную реакцию военнослужащего на боевые стресс-факторы, в которой выделяются эмоционально-поведенческий, вегетативный, когнитивный и социально-психологический субсиндромы стресса.

Мы исходим из того, что на стресс-факторы реагируют не психика или физиология, а целостный человек, в совокупности его физиологических, индивидуально-психологических и личностных свойств, действующий в конкретной ситуации. Неспецифические и специфические, биологические и психологические реакции человека на изменение условий жизнедеятельности осуществляются комплексно, целостно, и любое рассогласование между ними может привести к срыву процесса приспособления. В физиологическом стрессе «работают» психические компоненты и в психологическом стрессе функционируют компоненты физиологические.

Мы склонны согласиться с тем, что стрессовая реакция запускается когнитивным «пусковым механизмом» — оценкой степени опасности (силы, новизны, значимости и т. п.) стрессора и своих возможностей по реагированию на него. Один и тот же стрессор (например, звук взрыва) в боевой обстановке и на площадке наблюдения за праздничным салютом вызывает разные реакции. Следующая за когнитивной оценкой ситуации эмоциональная реакция запускает физиологические процессы соответствующей силы и направленности.

---

[1] См.: *Абдурахманов Р. А.* Боевой стресс и его психологические последствия // Военная психология: методология, теория, практика. М., 1998. С. 172—189.

[2] См.: *Китаев-Смык Л. А.* Побеждающие-побеждаемые: Психолог на чеченской войне // Солдат удачи (Soldiers of Fortune). 1995. № 12. С. 10—15 ; *Он же.* Организм и стресс: стресс жизни и смерти. М. : Смысл, 2012 ; *Он же.* Сознание и стресс: Творчество. Совладание. Выгорание. Невроз. М. : Смысл, 2015 ; *Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М.* Боевая психическая травма. М. : Медицина, 2005 ; *Караяни А. Г.* Военная психология. В 2 ч. Ч. 2 : учебник и практикум для вузов. М. : Издательство Юрайт, 2016. С. 21—24.

[3] См.: *Столяренко А. М.* Экстремальная психопедагогика : учебник. М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2002.

Исходя из этого под **боевым стрессом** мы вслед за С. В. Литвинцевым, Е. В. Снедковым, А. М. Резником понимаем многоуровневый процесс неспецифической адаптационной активности человеческого организма в условиях боевой обстановки, сопровождаемый напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических приспособительных психофизиологических и поведенческих изменений.

В данном определении важно выделить следующие моменты.

Во-первых, реакции стресса осуществляются на физиологическом, когнитивном, эмоциональном, социально-психологическом и поведенческом уровнях, обеспечивая целостную реакцию организма на боевой стрессор.

Во-вторых, осуществление приспособительных реакций может сопровождаться не только напряжением, но и перенапряжением и даже сломом механизмов реактивной саморегуляции (срыв процессов мобилизации ресурсов организма и сопротивления стресс-факторам).

В. Л. Марищук и В. Ю. Рыбников отмечают «Пока психологическое напряжение не превышает предела полезности, профессиональные действия человека становятся под его контролем более энергичными, активными, быстрыми, внимание улучшается, мысль работает быстро и четко, мотивация усиливается, задания выполняются с эмоциональным подъемом... Когда напряжение возрастает и переходит **предел полезности** — наступает дистресс, вызывающий ухудшение деятельности. Появляется перенапряжение, в результате которого ослабляются активность, настойчивость, человек теряет веру в себя и в успех своих действий, совершает немотивированные поступки и даже может отказаться от выполнения задания. При переходе этого рубежа и наступает запредельное напряжение, приводящее к срыву психической деятельности»[1].

В-третьих, у военнослужащего формируются стереотипные психофизиологические и поведенческие паттерны, обеспечивающие приспособление к требованиям боевой обстановки и выживание в условиях действия боевых стрессоров и имеющие адаптивное значение исключительно в специфических реалиях боя.

---

[1] *Марищук В. Л., Рыбников В. Ю.* Психологические основы регуляции психических состояний // Психология и педагогика. Военная психология / под ред. А. Г. Маклакова. СПб. : Питер, 2004. С. 339—368.

Обобщая имеющиеся в военной психологии попытки выделения боевых стрессоров[1], можно представить следующие основные *группы боевых стресс-факторов* (*внешние и внутренние*).

К внешним стресс-факторам относятся различные неблагоприятные **стимулы боевой среды**: непривычный, сложный для ориентировки и действий ландшафт; плохая видимость (яркие вспышки света, темнота, туман); экстремально высокая или низкая температура окружающей среды, резкая смена температуры воздуха; сильный ветер; грязь, сильная запыленность, высокая влажность воздуха; вибрация, шум, взрывы; вредные запахи (дым, яды, химикаты); вредные излучения; инфекции; большая высота.

К внутренним факторам относятся физиологические, когнитивные и эмоциональные факторы.

Физиологические стресс-факторы: слабые физические кондиции, мышечное и аэробное утомление, недогрузка или перегрузка мышц, тяжелая боевая нагрузка и физическая работа; депривация сна; обезвоживание, недостаток питательных веществ, нарушение гигиены; нарушение в работе иммунной системы; болезнь или ранение; сексуальная фрустрация; злоупотребление курением, алкоголем, кофеином; ожирение.

Когнитивные стресс-факторы: избыток, недостаток или сшибка информации; сенсорная перегрузка или депривация; противоречивость, неопределенность, непредсказуемость ситуации, дефицит времени или длительное ожидание, трудность принятия решений; организационная динамика и изменения; осознание ухудшения функционирования, деятельность за пределом возможностей (навыков); предшествующие неудачи.

Эмоциональные стресс-факторы: страх смерти, ранения, утраты; тяжелые утраты; обида, фрустрация, гнев, чувство вины; бездеятельность, скука; смена подразделения; изолированность, одиночество; конфликты; домашние проблемы, тоска по дому; невозможность уединиться, «витринность» жизнеде-

---

[1] См.: Психология и педагогика. Военная психология / под ред. А. Г. Маклакова. С. 332—334 ; *Караяни А. Г.*, *Сыромятников И. В.* Прикладная военная психология. СПб. : Питер, 2006. С. 176—189 ; *Brusher E. A.* Combat and operational stress control // Combat and operational behavioral health : Textbooks of Military Medicine. Office of The Surgeon General United States Army Falls Church, Virginia; Borden Institute Fort Detrick, Maryland, 2011. P. 62.

ятельности; преследования и домогательства; гибель товарищей; убийство человека.

Изучение литературы, раскрывающей характер влияния боевых стрессоров на психику и поведение участников боевых действий[1], показывает, что их воздействие преломляется через различные переменные, которые в своей совокупности составляют психологическую готовность военнослужащего к бою и его психологическую устойчивость (своеобразный «психологический бронежилет»), сплоченность воинского подразделения, авторитет командира, ресурсные отношения с родными и близкими. Эти переменные рассматриваются в качестве своеобразной линзы (буфера, адаптера), изменяющей силу и энергию боевых стресс-факторов. От соотношения силы и продолжительности воздействия боевых стрессоров, с одной стороны, психологической готовности и устойчивости военнослужащего к действиям в этой обстановке, с другой стороны, зависит уровень его приспособительных реакций или вид боевого стресса.

Классификация боевого стресса — дело не простое. Существующие классификации чаще всего основываются на положениях Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) десятой редакции (МКБ-10), 1990 г. выпуска или Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам 5-го издания — ДСМ-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifthedition) — DSM-5, 2013 г. выпуска. Не удивительно, что из всего спектра стресса эти классификации выделяют лишь его патологический спектр. Более того, в некоторых классификациях игнорируется классическое понимание стресса Г. Селье как реакции на стрессоры. В связи с этим используемый термин «острая реакция на стресс», по существу, читается как «реакция на реакцию». Классификации боевого стресса, принятые в армиях англосаксонских государств, выделяя категорию «реакции боевого стресса», интегрируют

---

[1] См.: *Караяни А. Г.* Военная психология. В 2 ч. Ч. 2 : учебник и практикум для вузов. С. 21—24 ; Building Psychological Resilience in Military Personnel: theory and practice / ed. by Robert R. Sinclair and Thomas W. Britt. Washington, 2013 ; Military psychology / ed. by R. Gal, A. D. Mangelsdorff. Wiley, 1991 ; Field Manual FM 6—22.5 // Combat and operational stress control manual for leaders and soldiers. Washington, 2009.

в ней практически весь диапазон стрессового реагирования на боевые стресс-факторы[1]. Это мало что дает для осуществления диагностики, сортировки и организации психологической помощи участникам боевых действий. В связи с этим мы предлагаем рабочую классификацию стресса, в которой **основанием для выделения уровней (или видов) боевого стресса** выступают **последствия влияния стресса на боеспособность военнослужащих**.

По выбранному основанию мы выделяем *боевой конструктивный стресс* (повышает боеспособность или сохраняет ее), *боевой дистресс* (снижает боеспособность), *боевой травматический стресс* (делает военнослужащего небоеспособным).

Можно говорить об остром (вызывается стресс-фактором и длится в пределах 72 часов), хроническом (длится более 72 часов), отсроченном (проявляется спустя некоторое время после воздействия стресс-фактора) стрессе.

Конструктивный стресс (эустресс) характеризуется преобладанием реакций боевой настороженности, бдительности, активной приспособляемостью к боевой обстановке, мобилизацией всех сил и возможностей военнослужащего. Энергия конструктивного стресса направляется на быстрое приспособление военнослужащего к конкретным условиям выполнения боевой задачи, обеспечение его максимальной боевой эффективности. В организме участника боевых действий происходят процессы, превращающие его в бойца. Из надпочечников в кровь выделяются гормоны адреналин и норадреналин, приводящие воина в состояние бдительности и боевой настороженности. Повышение частоты сердцебиений и перераспределение кровотока (от внутренних органов к мышцам) обеспечивает улучшение снабжения мышц энергией для осуществления адаптивной реакции «бей или беги». Увеличение объема легких и уровня дыхания способствуют росту объема поступающего в кровь кислорода и усилению питания мышц энергией. Повышение уровня сахара в крови добавляет «топлива» для быстрой энергии, необходимой для «аварийной» активности. Ускорение свертываемости крови, ее отток от кожи,

[1] *Wagner A. W., Jakupcak M.* Combat-Related Stress Reactions Among U. S. Veterans of Wartime Service // The Oxford Handbook of Military psychology / ed. by J. H. Laurence, M. D. Matthews. N. Y. : Oxford university press, 2012. P. 15—28.

кистей рук, ног позволят предупредить большие кровопотери в случае ранения или травмы. Выделение в кровь химического соединения эндоморфина обеспечивает мощное обезболивание организма. В результате в пылу боя некоторые воины даже не замечают момента иногда весьма серьезного ранения. Усиленное потоотделение и появление эффекта «гусиной кожи» обеспечивают сохранение температурного баланса в организме. Повышение температуры тела способствует подавлению патогенных процессов в организме воина.

В значительной мере перечисленные изменения в организме участника боевых действий связаны *со страхом*. Страх выполняет важнейшие функции в боевой жизни воина. Он служит своеобразным сигнализатором о наличии опасности, побуждает воина проявлять боевую настороженность, боевую активность. Однако тогда, когда страх не уравновешивается чувством воинского долга, он может превратиться в такие опасные и деструктивные формы, как животный ужас, индивидуальная и групповая паника.

В военной психологии давно установлено, что абсолютно бесстрашных психически здоровых людей не бывает. По оценкам экспертов около 90 % военнослужащих в бою испытывают сильный страх. Американский военный психолог Э. Боринг описывает физиологические корреляты страха. На примере масштабных научных исследований в годы Второй мировой войны он показывает, что у солдат в бою страх проявляется в таких соматических коррелятах, как: учащение сердцебиения (у 86 %), волнение (59 %), дрожь и подергивание (56 %), холодный пот (55 %), напряжение стенок желудка (53 %), слабость и тошнота (51 %), рвота (24 %), потеря контроля над выделением кала (10 %), потеря контроля над выделением мочи (10 %)[1].

Легендарный комбат, принявший участие в 100 боях Великой Отечественной войны, полковник Б. Момыш-Улы отмечает, что чувство страха преследует бойца постоянно и в каждом бою, что страх неизбежен. Имея боевой опыт, можно только иначе пережить, легче преодолеть это чувство страха, но бесстрашного солдата в абсолютном смысле слова найти невозможно. Бесстрашие бывалого солдата — в его опыте.

---

[1] См.: *Боринг Э.* Психология для вооруженных сил. Вашингтон : Гарвардский университет, 1943.

Во время Второй мировой войны американским военным психологом С. Л. А. Маршалом было установлено, что в американской армии «из бойцов, которые в каждый момент боевых действий могут и должны пускать в ход вверенное им оружие, всего 15 % ведут огонь по неприятельским позициям. Если к этой ничтожной части непосредственно действующих бойцов присоединить тех, кто проявляет какую-либо личную инициативу... то процент реальных участников боя может быть доведен до 25 %»[1].

Около 39 % участников боевых действий переживают пик страха преимущественно перед боем, порядка 35 % — в бою и 16 % — после, остальные испытывают страх либо всегда, либо всякий раз в разные периоды боя[2]. Это дает возможность использовать воинов, в меньшей мере подвергающихся страху, на конкретном этапе боя в качестве боевого психологического актива.

Конструктивный боевой стресс выполняет еще одну полезную функцию — побуждает военнослужащих к более тесному взаимодействию, взаимопомощи и взаимовыручке, благоприятствует повышению воинской дисциплины и управляемости воинских подразделений.

Внешне в боевой обстановке стресс проявляется в учащении пульса, дыхания, температуры тела военнослужащего, покраснении или побледнении кожных покровов, усилении потоотделения, высыхании во рту, треморе (дрожании мышц), изменении внешней активности (количества, частоты и амплитуды движений), учащении мочеиспускания, усилении тревоги и бдительности и др. Все перечисленные симптомы — это нормальные реакции человека на ненормальные обстоятельства боевой обстановки.

Повышение силы и продолжительности действия боевых стресс-факторов, постепенное расходование ресурсов организма ведут к тому, что **механизмы реактивной адаптации перенапрягаются**, **восполнение ресурсов затрудняется** и боевой стресс переходит в деструктивное качество, трансформируется в **боевой дистресс**.

---

[1] См.: *Маршалл С. Л. А.* Американцы в бою : пер. с англ. // Офицер вооруженных сил. Вашингтон, 1991. С. 50.

[2] См.: Эмоциональный стресс. Физиологические и психологические реакции. Медицинские, индустриальные и военные последствия стресса : пер. с англ. М. : Медицина, 1970.

В комплексе реакций деструктивного боевого стресса отмечаются гипервентиляция, учащенное сердцебиение, холодный пот, жажда, головокружение, утомление, нервозность, жалобы, ознобоподобная дрожь, тошнота, рвота, беспокойство, тревога, нерешительность, раздражительность. Такие реакции сопровождаются снижением уверенности военнослужащего в себе, в боевых товарищах, командире и другими деструктивными явлениями[1].

В. Л. Марищук и В. Ю. Рыбников выделяют *импульсивный* и *тормозной типы* дезадаптивного поведения.

Импульсивный тип дезадаптивного поведения отличается падением организованности деятельности, импульсивными и несвоевременными действиями (гипердинамия, «двигательная буря»), блокировкой сформированных навыков, снижением надежности из-за повышения общей чувствительности.

Тормозной тип дезадаптивного поведения характеризуется торможением действий и движений, их замедление вплоть до ступора, подавление процессов восприятия и мышления, переработки информации (пропуск сигналов, сбой «приоритетов») и принятия решений.

Нарастание деструктивных процессов, связанных с напряжением стресс-регулятивных механизмов, может сопровождаться эмоционально-сенсорными, эмоционально-моторными и эмоционально-ассоциативными нарушениями[2].

Эмоционально-сенсорные нарушения: нарушения в восприятии элементов боевой обстановки, снижение объема, ясности, точности восприятия размеров, форм объектов боевой обстановки, расстояний до них; приоритетное восприятие второстепенных элементов в ущерб жизненно важным; перенос восприятия с внешних стимулов на внутренние; снижение или утрата желания воспринимать опасные явления; ощущение нереальности происходящего; возникновение иллюзий. К числу таких нарушений относятся нарушения, когда стрелок не может совместить мушку с целью; оператор не видит цели на экране локатора; штурман неправильно читает показания приборов;

---

[1] Field Manual FM 6—22.5 // Combat and operational stress control manual for leaders and soldiers. Washington, 2009.

[2] См.: *Марищук В. Л., Рыбников В. Ю.* Психологические основы регуляции психических состояний // Психология и педагогика. Военная психология / под ред. А. Г. Маклакова. С. 346—351.

внимание пехотинца «прилипает» к объектам; возникает эффект «туннельного видения»; у летчика возникают иллюзии пространственного положения; у моряка появляются иллюзии ожидаемых объектов.

Эмоционально-ассоциативные нарушения: ошибочные умозаключения, принятие неверных решений; нарушение памяти, воображения, снижение логичности, критичности мышления, мыслительный ступор.

Эмоционально-моторные нарушения: снижение согласованности и точности действий, например, ощущение воином «лишних мышц»; нарушение соразмерности движений (дергание курка, «вырывание рычагов»); снижение волевого потенциала; «предстартовая лихорадка», «боевая апатия», перенапряжение; нарушение эффективности взаимодействия.

Специалисты Центра экстренной психологической помощи МЧС России выделяют категорию «**острые стрессовые реакции**» (ОСР) — кратковременно выраженные изменения в когнитивной, эмоциональной, поведенческой и соматической сферах человека — в ответ на воздействие физических или психологических стрессоров, носящие адаптивный характер. К числу ОСР относят истероидное поведение, тревогу, апатию, агрессию, страх, диссоциативный ступор, нервную дрожь, психомоторное (двигательное) возбуждение, плач[1].

Специфическим, искаженным, нередко преступным видом приспособления к боевой обстановке и разновидностью деструктивного стресса являются **стресс-девиации военного времени**[2]. Посредством насилия над женщинами и детьми, издевательства над пленным противником, трупами солдат неприятеля, мародерства и т. п. малодушные, переживающие острый внутренний кризис идентичности и целостности, не способные проявить себя в бою люди, доказывают себе, что они тоже «воины». В какой-то мере тело женщины, ребенка, пленного врага становится своеобразным «полем боя», на кото-

---

[1] См.: Учебное пособие по дисциплине «Экстремальная психология» для курсантов МЧС России / под общ. ред. Ю. С. Шойгу. М. : Изд-во ФГБУ ВНИИ ГОСЧ (ФЦ), 2017. С. 19—28.

[2] Традиционно этот вид боевого стресса выделяют американские военные психологи. Например, см.: *Brusher E. A.* Combat and operational stress control // Combat and operational behavioral health : Textbooks of Military Medicine. Office of The Surgeon General United States Army Falls Church, Virginia; Borden Institute Fort Detrick, Maryland, 2011. P. 62.

ром извращенец способен проявить свой «героизм». Девиантный поступок может быть реакцией на проявленную трусость и несостоятельность, которые привели к тяжелым последствиям (гибели или ранению боевых товарищей, срыву выполнения боевой задачи и т. д.). Девиантное поведение в форме алкоголизма и наркомании помогает достичь «уважения» и «признания» в кругу собутыльников.

Боевой травматический стресс (боевая психическая травма) рассматривается во втором параграфе данной главы.

Среди отсроченных видов стрессового приспособления к изменяющимся условиям жизнедеятельности выделяются **посттравматический стресс** (посттравматическое стрессовое расстройство) и **посттравматический рост**.

Таким образом, все перечисленные виды стресса, несмотря на их качественную разнородность, отражают общую тенденцию участников боевых действий адаптироваться к боевой обстановке, сохранить целостность своего организма, собственной личности и социального статуса.

1.2. Сущность и симптоматика боевой психической травмы

Пожалуй, первое упоминание о боевой психической травме принадлежит греческому историку Геродоту. Описывая битву при Фермопилах (480 г. до н. э.), историк утверждает, что двое из трехсот спартанцев — Еврит и Аристодем были отпущены Леонидом из стана и лежали в Альпенах, страдая от тяжелого расстройства зрения. Еврит, узнав о том, что персы обошли гору, надел доспехи и заставил илота вести его к месту сражения. Проводник бежал, а Еврит, попав в самое пекло битвы, погиб. Аристодем струсил, вернулся в Спарту, где его ждали бесчестье, позор и прозвище «трясун»[1]. В другой битве при греческом городе Марафоне (490 г. до н. э.) афинянин Эпизел, доблестно сражавшийся на поле боя, неожиданно лишился зрения, хотя не был поражен ни мечом, ни стрелой. Эпизел рассказывал, что в бою он внезапно увидел перед собой тяжело вооруженного воина огромного роста, борода которого закрывала щит. При-

---

[1] *Геродот*. История // Геродот, Фукидид, Ксенофонт. Вся история Древней Греции. М. : АСТ ; Астрель, 2010. С. 368.

зрак прошел мимо него и поразил рядом стоящего воина. Слепота Эпизела осталась на всю жизнь[1].

В 1871 г. американский хирург Д. М. Да Коста обследовал 300 участников гражданской войны в США (1861—1865 гг.), у которых отмечались хроническая усталость, учащенное сердцебиение, одышка, дрожь, повышенное потоотделение, боль в левой стороне груди, лихорадка, диарея. Совокупность перечисленных симптомов, отражающих психологические последствия участия человека в войне, Да Коста назвал «раздраженное сердце». Впоследствии этот синдром называли «солдатское сердце», «сердечный невроз», «хроническая астения», «синдром усилия», «соматоформное расстройство», «соматоформная автономная дисфункция» и, естественно, «синдром Да Коста». В то время причину такого расстройства специалисты связывали с тяжестью боевой амуниции и недостаточной физической закалкой военнослужащих.

Во время Русско-японской войны (1904—1905 гг.) русские военные врачи предлагали относить психиатрических пациентов в военных госпиталях к психически больным (в отличие от симулянтов или соматически больных) и обозначать неврозы, связанные с войной, при помощи понятия «травматический невроз».

В ходе Первой мировой войны комплекс реакций участников боевых действий на травматические события войны обозначались как «снарядный шок», «военный невроз», а в годы Второй мировой войны и послевоенный период они квалифицировались как «боевая усталость».

Воздействие гиперстрессоров современного боя, аккумуляция неблагоприятных для жизни воздействий, истощение глубинных адаптационных ресурсов воина может привести к наступлению **травматического боевого стресса**.

Главным отличием травматического стресса от конструктивного и деструктивного стресса, стресс-девиаций войны является то, что происходит **слом стресс-регулятивных механизмов, у военнослужащего предельно снижается или утрачивается способность ориентироваться в боевой обстановке и собственной личности, а также способность управлять своим поведением**. Травматический стресс, закрепившийся в физиологической, когнитивной, эмоциональной, поведенческой

---

[1] *Геродот*. Указ. соч. С. 299.

сферах военнослужащих, представляет собой **боевую психическую травму**.

В литературе описаны различные подходы к психологической травме. Нам представляются наиболее эвристическими подходами психоаналитический, когнитивный и церебральный подходы.

В рамках *психоаналитического подхода* под психической травмой понимается прорыв гипотетического защитного слоя психики травмирующим агентом, проникающим в психику и личностную структуру человека, и нарушение их нормального функционирования. Человек утрачивает представление о себе, способность привычно регулировать свое поведение. Согласно фрейдистскому пониманию психотравмы, существуют **условия**, при которых она становится возможной. Травматический агент способен «прорвать» гипотетический «защитный слой» психики лишь тогда, когда, во-первых, военнослужащий придает этому агенту травматический смысл, во-вторых, когда он активно не отреагирует на травматическую ситуацию (огнем, уничтожением противника, активными действиями, криком, помощью сослуживцам и т. п.), а демонстрирует пассивность, безволие, неуверенность в себе и несостоятельность.

В рамках *когнитивного подхода* к пониманию психической травмы (Р. Янофф-Булман) утверждается, что в процессе жизни у человека формируется система базовых ценностей. К числу таких ценностей относятся представления: 1) о доброжелательности окружающего мира и людей (мир, в целом, хорошее место для жизни), 2) о справедливости (каждый получает то, что заслуживает), 3) о контролируемости (люди могут контролировать происходящие с ними события), 4) о закономерности (представление о минимальной роли случая в жизни), 5) о самоценности (убеждение индивида, что он достойный человек), 6) о способности контролировать ситуацию (уверенность в способности контролировать свою жизнь), 7) удаче (уверенность индивида, что в целом он удачливый человек)[1].

Перечисленные ценности выступают для человека своеобразными ориентирами, точками опоры, делающими мир

---

[1] *Падун М. А., Котельникова А. В.* Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика. М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. С. 76—77.

и жизнь понятными и приемлемыми. В боевой обстановке при наступлении мощного травматического события все перечисленные ценности могут быть разрушены в одночасье. Если военнослужащий не получает психологической поддержки от окружающих, если сослуживцы своим поведением не заменят, не восстановят ему ориентиры и ценности, то он остается без опоры, его представления о мире и о себе самом рушатся. То есть человек утрачивает способность ориентироваться в мире, в обстановке, в самом себе. Чем более «гуманистическими» казались человеку его базовые ценности, тем более драматичным оказывается их крушение.

Стремление воина сохранить жизненные опоры и представления о себе сопровождается расходованием имеющихся, в том числе глубинных, ресурсов и последующим истощением. Воин ощущает себя беспомощным. Состояние беспомощности может приводить к так называемому психическому поражению (mental defeat) — состоянию, в котором человек утрачивает способность поддерживать представление о себе как о человеческом существе, обладающем волей. В таком состоянии люди могут ощущать себя неодушевленным, сломанным предметом, для которого все равно, жив он или мертв[1].

Сторонники *«церебрального» подхода*[2] к пониманию психической травмы утверждают, что при травматическом стрессе в центральной нервной системе военнослужащего формируется очаг патологической регуляции адаптивной активности, направляющий всю адаптивную активность на обеспечение выживания. Главной задачей становится не выполнение боевой задачи, а выживание любыми способами. Образовавшийся регулятор поведения может давать команды соответствующим отделам мозга, например, «отключить страшную реальность» и человек на время слепнет и/или глохнет. Он же может прекратить участие военнослужащего в выполнении боевой задачи путем частичной или полной его парализации и др.

Перечисленные подходы позволили нам сформулировать определение боевой психической травмы.

---

[1] *Падун М. А., Котельникова А. В.* Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика. С. 58.

[2] *Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М.* Боевая психическая травма. М. : Медицина, 2005.

Боевая психическая травма — прорыв защитного слоя психики (слом психологической способности сопротивляться действию травматических факторов и продолжать боевые действия), сопровождающийся деформацией базовых ценностей, дезинтеграцией и утратой идентичности личности, формированием патологических механизмов регуляции поведения.

В результате психотравмирования происходит накопление изменений в структурах ЦНС, нарастание специфической личностной дисгармонии и готовности к психопатологическому синдромообразованию. Вместе с тем психическая травма — это и своеобразная трансформация личности и самоидентичности воина в условиях проживания и последующего переживания травмирующего воздействия.

Некоторые специалисты считают, что психические расстройства — это по своей сути защитные проявления, способствующие уменьшению притока или дезактуализации поступающей в сознание негативной информации, частичной или полной блокаде ее эмоционального компонента.

Итак, военнослужащий подвергается боевой психической травме тогда, когда он, во-первых, придает каким-либо стресс-факторам и событиям травматический смысл, во-вторых, не отреагирует на них активными действиями, и, в-третьих, не получает своевременной психологической поддержки от окружающих.

Боевая психическая травма может проявляться в следующих симптомах[1].

1. На *телесном уровне* боевая психическая травма может проявляться: в чрезвычайно учащенном сердцебиении (свыше 160 ударов/мин), давящей боли в области сердца и в грудной клетке; ослаблении зрения и слуха; неконтролируемом мочеиспускании и дефекации; гипервентиляции; нарушении циркуляции крови, приводящем к анемии кистей рук и ступней ног, неспособности пользоваться конечностями (ногами, руками); сильном напряжении мышц; боли в пояснице, в области хирургических шрамов, старых ран; неконтролируемом слюноотделении.

---

[1] *Крахмалев А. В., Кучер А. А.* Причины БПТ, ее проявления и первая помощь // Проблемы военной психологии. Минск : Харвест, 2003. С. 193—200 ; Field Manual FM 6—22.5 // Combat and operational stress control manual for leaders and soldiers. Washington, 2009.

2. На *психическом уровне* симптомами боевой психической травмы могут быть: функциональная слепота, глухота, анальгезия, зрительные и слуховые галлюцинации; неспособность концентрировать внимание, частичная или полная потеря памяти, затруднения запоминания информации; повышенная чувствительность к шуму, свету, запахам; нарушение логики и быстроты мышления, нарушение критического восприятия обстановки и своих действий; ослабление воли.

3. На *поведенческом уровне* симптоматическая картина боевой психической травмы может включать: а) общие реакции: пугливость, сильные вздрагивания от неожиданных звуков, движения, света; панику, «бег под огнем», регресс возраста (детские реакции), бессвязность речи, бормотание, сильное заикание, сильную дрожь, «трясучку»; б) гиперреактивную форму реакций: метания в поисках укрытия, буйство, вспышки истерического смеха, плача, крика, бешенства, раздражительность и злобу; в) заторможенную форму реакций: состояние ступора, апатию, заторможенность движений, безразличие к опасности, «замирание под огнем», обморочные состояния.

Из перечисленных симптомов боевой психической травмы видно, что психотравмированный воин критически снижает или утрачивает ориентировку в боевой обстановке и собственной личности, способность управлять своим поведением, активно и целенаправленно действовать в боевой обстановке. Его нахождение в боевых порядках становится не просто нецелесообразным, но и опасным. Эта опасность имеет две стороны: во-первых, сам военнослужащий становится легкой добычей для противника и, во-вторых, его «странное» поведение может крайне неблагоприятно сказаться на психическом состоянии сослуживцев.

Таким образом, война оказывает мощное психологическое влияние на человека. Для того чтобы выжить на войне, психика военнослужащего должна перестроиться на военный режим функционирования. Механизмом такой перестройки является боевой стресс, способствующий мобилизации всех возможностей человека для приспособления к боевой обстановке. Перенапряжение и слом механизмов стресс-регуляции может приводить к возникновению у военнослужащего деструктивного стресса и боевой психической травмы, существенно снижающим или лишающим его способности продолжать участие в боевых действиях.

Литература

1. Психология и педагогика. Военная психология / под ред. А. Г. Маклакова. — СПб. : Питер, 2004.

2. *Караяни, А. Г.* Военная психологи. В 2 ч. Ч. 2 : учебник и практикум для вузов. — М. : Издательство Юрайт, 2016.

3. *Караяни, А. Г., Караяни, Ю. М.* Психологическая помощь военнослужащим в боевой обстановке. — М. : Изд-во ВУ, 2016.

4. *Крахмалев, А. В., Кучер, А. А.* Причины БПТ, ее проявления и первая помощь // Проблемы военной психологии. — Минск : Харвест, 2003.

5. *Литвинцев, С. В., Снедков, Е. В., Резник, А. М.* Боевая психическая травма. — М. : Медицина, 2005.

6. *Маршалл, С. Л. А.* Американцы в бою : пер. с англ. // Офицер вооруженных сил. — Вашингтон, 1991.

7. *Падун, М. А., Котельникова, А. В.* Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика. — М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2012.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Что такое «боевой стресс»?
2. Какие виды боевого стресса выделяются в данном учебном пособии? Что служит основанием для такой классификации боевого стресса?
3. Какие существуют подходы к пониманию психической травмы?
4. Что отличает боевую психическую травму от других видов боевого стресса?
5. Каковы симптомы боевой психической травмы?
6. Какие приспособительные реакции военнослужащего можно отнести к острым стрессовым реакциям?

Глава 2
ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА БОЕВОГО СТРЕССА

2.1. Сущность экспресс-оценки боевого стресса

Бой оказывает мощное психологическое давление на военнослужащих. Как было показано в гл. 1, приспособительные реакции участника боевых действий могут осуществляться с разной степенью успешности. Военнослужащие могут испытывать конструктивный, деструктивный и травматический стрессы, совершать стресс-девиации военного времени.

Основатель военной психологии, военный врач и первый в мире военный психолог Г. Е. Шумков подчеркивал: «Психическое поражение противника не фикция и не мираж; оно есть поражение более полное, более основательное, нежели физическое ранение. При физическом ранении, не влекущем за собой смерти, как напр. рук, ног и т. п., остается у противника целой, или мало затронутой сфера психическая. У него остается не пораженной сфера распоряжений, сфера влияния на товарищей по бою, и даже возможна деятельность физическая, ибо бывает нередко, что в азарте боя боец не чувствует своих неопасных для жизни ранений. Он еще не побежден. Но когда поражена психика, когда душевная сфера бойца убита, тогда и при кажущейся физической целостности боец обессилен окончательно; вся деятельность бойца убита и боец является, можно сказать, психическим мертвецом. Это в лучшем случае. Чаще всего при поражении психики наступает неправильная боевая деятельность бойца, и эта неправильная деятельность расстраивает совместную боевую работу его сотоварищей, внося замешательство и перерыв, уменьшая психическую стойкость и сопротивляемость их»[1].

---

[1] *Шумков Г. Е.* Психика бойцов во время сражений. Вып. 1. СПб., 1905. С. 9—10.

Выход из строя даже одного военнослужащего, особенно если он играет ключевую роль в боевом функционале (снайпер, пулеметчик и т. д.) вносит в деятельность подразделения существенное напряжение, требует перестройки совместных действий. А объемы боевой психической травматизации в войнах XX—XXI вв. были неизменно высокими.

Так, в годы Русско-японской войны (1904—1905 гг.) в Русской армии объем боевых психических травм составлял 2—3 случая на 1000 военнослужащих. В Первую мировую войну средний уровень боевой психотравматизации вырос до 6—10 случаев на 1000 участников боевых действий. Во время Второй мировой войны в армии США отношение числа психотравмированных воинов к числу раненых составляло 30 : 100. Во время войны в Корее (1950—1953 гг.) психогенные потери в американской армии составили 24—28 % от числа военнослужащих, принимавших непосредственное участие в боевых действиях[1].

Психотравматизация воина опасна еще и тем, что она оказывает сильное негативное влияние на сослуживцев. Шумков отмечает, что «поражение психики бойца является для горячей боевой работы более ощутимой потерей, нежели одиночная смерть бойца, не считая того, нарушенная психика немногих участников боя может расстроить и понизить психику многих других его сотоварищей, вызывая панику»[2].

В связи с этим можно констатировать, что своевременное выявление и оказание психологической помощи военнослужащему, переживающему деструктивный и/или травматический стресс, значит сохранить опытного бойца, не допустить «психического заражения» сослуживцев, сберечь коллективные связи и отношения, слаженный боевой экипаж и т. д. Отсюда вытекает важность раннего выявления и оценки уровня боевого стресса. На решение этой задачи и направляется экспресс-диагностика боевого стресса в процессе боевых действий.

Под **экспресс-психодиагностикой боевого стресса** мы понимаем совокупность взаимосвязанных процедур по оценке уровня боеспособности участников боевых действий, для при-

---

[1] Боевая психическая травма. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Боевая_психическая_травма (дата доступа: 19.04.2018).

[2] *Шумков Г. Е.* Психика бойцов во время сражений. С. 10.

нятия решения по объему, срокам, средствам, способам психологической помощи в целях их быстрого возвращения в строй или в мирные условия жизнедеятельности.

В приведенном выше определении важно обратить внимание на следующие моменты. Термин «экспресс-диагностика» указывает на то, что к диагностике боевого стресса предъявляются специальные требования. В пылу боевой работы нет возможности использовать бланковые или аппаратурные методики диагностики, методики, требующие времени, понимания участниками боевых действий содержания хитроумных вопросов и т. п. В отличие от них, экспресс-диагностика боевого стресса должна отвечать следующим требованиям.

Во-первых, используемые методы диагностики должны быть *допустимыми*, то есть их применение в конкретной обстановке боя не должно подвергать военнослужащего опасности, мешать ему выполнять боевую задачу, унижать его личное достоинство.

Во-вторых, используемые методы и процедуры должны быть *простыми и понятными* для тех, кто их использует и для тех, чье состояние оценивается.

В-третьих, применяемые методы должны быть *компактными*, то есть давать результат буквально в течение нескольких секунд.

В-четвертых, диагностические методы должны быть *неприхотливыми*. Они должны давать желаемый результат в любых условиях (в окопе, в боевой машине, в разрушенном здании и т. д.), в любом положении (стоя, сидя, лежа), в различных средовых условиях (освещенность, температура окружающего воздуха и т. д.).

В-пятых, вышеперечисленные требования и приоритетность боевой задачи обусловливают *ограниченность целей* экспресс-диагностики боевого стресса. **Целью** экспресс-психодиагностики боевого стресса выступает выявление степени **боеспособности** конкретного военнослужащего и «грубая» оценка уровня его психического здоровья.

В-шестых, общим **критерием** оценки уровня стресса является способность участника боевых действий ориентироваться в боевой обстановке (в пространстве, времени, нахождении своих войск и противника, в решаемых задачах), в собственной личности (осознание себя самим собой и бойцом, выполняющим конкретную боевую задачу) и управлять своим по-

ведением (выполнять команды командиров, побуждать себя к боевой активности и т. д.).

Здесь проявляется известное противоречие: с одной стороны, военнослужащий — человек и нуждается в психологической помощи тогда, когда ему плохо, с другой стороны, он — участник боевых действий, которому экстренная помощь может быть предоставлена лишь тогда, когда он снижает свою боеспособность, что создает опасность для его жизни и жизни его боевых товарищей.

Исходя из этого, **задачами экспресс-диагностики** боевого стресса являются:

1) определение уровня боевого стресса;

2) сортировка (классификация) военнослужащих по задачам психологической помощи[1];

3) выявление лиц, симулирующих боевую психическую травму.

В ходе боя целесообразно выявлять *три уровня стресса*: уровень, который позволяет военнослужащему самостоятельно продолжать боевые действия (конструктивный стресс), уровень, позволяющий воину продолжать выполнение боевой задачи при внешней поддержке (деструктивный боевой стресс) и уровень, не позволяющий воину оставаться на поле боя (травматический стресс). Критерий для такого разделения описан выше.

На основании выявленного уровня боевого стресса осуществляется сортировка военнослужащих на три категории: а) не нуждающиеся в психологической помощи, б) нуждающиеся в психологической поддержке, в) нуждающиеся в психологической реабилитации.

2.2. Методы экспресс-оценки боевого стресса

В процессе выполнения боевой задачи основными методами выявления и оценки уровней боевого стресса являются методы диагностической экспресс-беседы и формализованной визу-

---

[1] Термин «сортировка» используется в системе медицинского обеспечения боевых действий для быстрого разделения раненых по конкретным направлениям эвакуации и формам медицинской помощи. Мы используем его для группировки военнослужащих, нуждающихся в разных формах психологической помощи на различных этапах эвакуации.

альной экспресс-психодиагностики. В перерывах между боями и после эвакуации психотравмированных воинов из угрожающей обстановки могут проводиться дополнительные психодиагностические мероприятия с использованием различных бланковых и аппаратурных диагностических методик.

Диагностическая экспресс-беседа заключается в постановке перед военнослужащим, демонстрирующим неадекватное боевой ситуации поведение, вопросов, позволяющих оценить степень его ориентированности в пространственно-временных и тактических элементах боевой обстановки и в собственной личности.

В табл. 2.1 представлены примерные вопросы для оценки уровня ориентированности военнослужащего в пространственно-временных и событийных параметрах боевой обстановки и в собственной личности. Часто может быть достаточно 3—5 из перечисленных вопросов, чтобы определить уровень боевого стресса участника боевых действий.

Таблица 2.1

Примерные вопросы для оценки уровня ориентированности военнослужащего в боевой обстановке, собственной личности и способности управлять своим поведением

№ п/п	Предмет ориентировки	Примерные вопросы
1	**Боевая обстановка**	
	Пространство	Где противник? Где отделение (взвод, рота)?
	Время	Как долго здесь находишься?
	Боевая задача	Какую задачу выполняешь? Что собираешься делать дальше? Сколько осталось боеприпасов?
2	**Собственная личность**	
	Личность	Кто ты? Как твои фамилия, имя, отчество?
	Боевой статус	Твое воинское звание? Из какого ты подразделения? Кто командир роты?
3	**Способность управлять своим поведением**	
	Актуальное самочувствие	Как себя чувствуешь?
	Готовность к действиям	Можешь действовать?

В ходе беседы фиксируются: наличие ответов, их адекватность, время, затрачиваемое военнослужащим на обдумывание ответа, громкость и тембр голоса, невербальные реакции военнослужащего и т. д.

Адекватные и быстрые ответы указывают на нормальную работу когнитивных механизмов; сильно замедленные ответы, с ошибками, запинками, жалобы, плач и т. п. характерны для дистресса; неспособность понимать вопросы и отвечать на них может свидетельствовать о состоянии травматического стресса.

Методика проведения экспресс-беседы

Порядок практического использования метода диагностической экспресс-беседы определяется сложившейся боевой обстановкой, но общая логика его применения имеет следующую траекторию.

При обнаружении воина, демонстрирующего симптомы деструктивного и/или травматического стресса, психолог (командир, член боевого психологического актива) должен остановить его в безопасном, недоступном для огня противника месте (траншея, воронка, развалины строения и т. п.), обратить его внимание на себя (Посмотри на меня! Ты меня слышишь?) и задать 3—5 вопросов, аналогичных тем, которые указаны в табл. 2.1. При этом лицо, осуществляющее оценку, должно быть готово к тому, что военнослужащий может неожиданно проявить любую острую стрессовую реакцию и ему потребуется экстренная психологическая помощь.

Если в результате беседы у воина будет выявлен конструктивный стресс, он подбадривается визуальными, тактильными, вербальными средствами. Если диагностика покажет, что воин испытывает дистресс, он побуждается к выполнению экспресс-приемов психологической саморегуляции (см. гл. 3). Если воин находится в состоянии травматического стресса, его укрывают в безопасном месте. При появлении возможности, командир подразделения и военно-медицинский работник принимают решение о его эвакуации.

Метод *формализованной визуальной экспресс-диагностики* состоит в наблюдении за внешними проявлениями боевого стресса у военнослужащего по специальной форме (карте), фиксации определенных эмоциональных и поведенческих паттернов и последующей интерпретации полученной психологической информации.

Карты (формы) с перечнем симптомов психических состояний могут иметь разное содержание. Например, ранее нами была предложена карта психических состояний участников боевых действий, составленная на основе исследований психологических последствий участия военнослужащих в боевых действиях[1].

В связи с более активным использованием концепции стресса для объяснения психологической феноменологии боевых действий мы предлагаем упрощенную стресс-ориентированную карту (см. табл. 2.2)[2].

Безусловно, методы диагностической экспресс-беседы и формализованной визуальной психодиагностики боевого стресса необходимо применять в комплексе, дополняя их тактильным контактом (например, при оценке степени напряжения мышц, частоты сердечных сокращений, тремора и т. д.).

Таблица 2.2

Карта боевого стресса

№ п/п	Наблюдаемые симптомы	Диагностическая категория
1	Побледнение (пожелтение) кожных покровов	Конструктивный боевой стресс
2	Учащенное сердцебиение (115—140 ударов/мин)	
3	Учащенное дыхание (до 35 тактов/мин) (по движению грудной клетки)	
4	Усиленное потоотделение, облизывание губ	
5	Заметная тревожность, настороженность (озирание по сторонам)	
6	Учащенное мочеиспускание и позывы к дефекации	

---

[1] *Караяни А. Г., Сыромятников И. В.* Прикладная военная психология. СПб. : Питер, 2006 ; *Караяни А. Г., Сыромятников И. В.* Военная психология : учебник для специалистов психологической работы Вооруженных сил Российской Федерации. М. : Изд-во ВУ, 2016.

[2] Составлена на основе : *Крахмалев А. В., Кучер А. А.* Причины БПТ, ее проявления и первая помощь // Проблемы военной психологии. Минск : Харвест, 2003 ; Field Manual FM 6—22.5 // Combat and operational stress control manual for leaders and soldiers. Washington, 2009.

Продолжение табл. 2.2

№ п/п	Наблюдаемые симптомы	Диагностическая категория
7	Умеренная дрожь	
8	Действия воина четкие, целенаправленные, уверенные	
9	Дрожь, нервозность	Деструктивный боевой стресс
10	Холодный пот, облизывание губ	
11	Учащенное сердцебиение (более 140 ударов/мин)	
12	Гипервентиляция, учащенное поверхностное грудное дыхание (более 35 тактов/мин)	
13	Головокружение (шатание)	
14	Тошнота, рвота, диарея	
15	Вид человека «с большим грузом на плечах»	
16	Заторможенность, взгляд «за горизонт», апатия	
17	Затруднения в мышлении, речи, коммуникации	
18	Беспокойство, нерешительность (озирание по сторонам, ощупывание себя, оружия, амуниции)	
19	Раздражительность, жалобы	
20	Легкие вздрагивания при шуме, движении или свете	
21	На лице — маска страха, слезы, виден явный или скрываемый плач	
22	Гнев, агрессия	
23	Воин допускает ошибки, лишние движения, суетится	
24	Ослабление зрения и слуха (всматривается, прислушивается)	Травматический боевой стресс
25	Сильно учащенное сердцебиение	

№ п/п	Наблюдаемые симптомы	Диагностическая категория
26	Учащенное, прерывистое грудное дыхание	
27	Частое, иногда неконтролируемое, мочеиспускание	
28	Расстройство желудка, иногда неконтролируемый понос	
29	Сильное напряжение мышц (на ощупь)	
30	Нарушение циркуляции крови, анемия кистей рук и ступней ног (потирание, разминание кистей рук и ступней)	
31	Неспособность пользоваться конечностями (ногами, руками) — паралич, ощущение «лишних» мышц	
32	Давящие боли в области сердца и в грудной клетке (потирание груди)	
33	Боли в пояснице (поза, потирание поясницы)	
34	Боли хирургических шрамов, старых ран (потирание, массаж)	
35	Неконтролируемое слюноотделение	
36	Функциональная слепота, глухота, утрата тактильной чувствительности	
37	Неспособность концентрировать внимание	
38	Частичная или полная потеря памяти	
39	Затруднения запоминания информации	
40	Повышенная чувствительность к шуму, свету, запахам	
41	Нарушение логики и быстроты мышления	
42	Нарушение критического восприятия обстановки и своих действий, совершение безрассудных действий	
43	Безволие	

Окончание табл. 2.2

№ п/п	Наблюдаемые симптомы	Диагностическая категория
44	Зрительные и слуховые галлюцинации (видит и слышит то, чего нет)	
45	Метания в поисках укрытия	
46	Вспышки истерического смеха или плача, крика	
47	Раздражительность, злоба	
48	Вспышки бешенства	
49	Состояние ступора	
50	Апатия, заторможенность движений, безразличие к опасности, «замирание под огнем»	
51	Обморочные состояния	
52	Пугливость, сильные вздрагивания от неожиданных звуков, движения, света; паника, «бег под огнем»	
53	Регресс возраста (детские реакции)	
54	Бессвязность речи, бормотание, сильное заикание	
55	Сильная дрожь, «трясучка», не позволяющие продолжать боевые действия	

Карта боевого стресса первоначально существует на бумажном носителе, но с приобретением психологом опыта ее использования, постепенно «перемещается» в его память. Позже она используется лишь для уточнения конкретных наблюдаемых симптомов. Военный психолог (командир, активист), заметив симптомы стресса у военнослужащего в боевой обстановке, мысленно констатирует: «В поведении военнослужащего вижу (перечисляет конкретные симптомы). Наблюдаемые симптомы относятся (указывает конкретный вид, уровень) к боевому стрессу». В случае выявления у военнослужащего травматического стресса, он докладывает командиру подразделения или медицинскому работнику, в других случаях оказывает ему психологическую поддержку.

Острые стрессовые реакции (ОСР) обнаруживаются посредством проявления следующих симптомов[1].

Истероидная реакция военнослужащих проявляется в преувеличенной выраженности (театральности) эмоций, возбужденности, насыщенной быстрой речи, чрезмерной (утрированной, иногда гротескной) жестикуляции, мимике, крике, плаче, смехе, падениях, которые снижают свою интенсивность или пропадают при удалении военнослужащего с глаз аудитории.

Агрессивная реакция, гнев, злость характеризуются: повышенным возбуждением, резким, болезненным реагированием на окружающих, предъявлением претензий или обвинений сослуживцам, применением оскорблений, ненормативной лексики; демонстрацией готовности к физической агрессии.

Тревожное поведение отличается беспокойными движениями, выискиванием источника тревоги, «шарящим» взглядом, мышечной напряженностью, «рассредоточенностью» внимания.

Психомоторное (двигательное) возбуждение проявляется в выраженной нерациональной двигательной активности, значительном кратковременном снижении способности военнослужащего ориентироваться в пространстве, времени, собственной личности, критичности к происходящему.

Апатия проявляется в замирании военнослужащего, «пустом» взгляде, замедленной реакции на окружающее, замедленной речи с большим количеством пауз, вялых движениях, безразличии к происходящему, недооценке или игнорировании опасности.

Диссоциативный ступор обнаруживается в минимизации или отсутствии произвольных движений, естественных ответных реакций на внешние раздражители (звук, шум, прикосновение, свет и т. д.).

Нервная дрожь проявляется в ознобоподобной неуемной дрожи, существенно снижающей возможность военнослужащего выполнять боевую задачу.

---

[1] Адаптировано из: Учебное пособие по дисциплине «Экстремальная психология» для курсантов МЧС России / под общ. ред. Ю. С. Шойгу. С. 19—28 ; Экстренная психологическая помощь: просто о сложном. М. : ФГБУ «Объединенная редакция МЧС России», 2012 ; Экстренная психологическая помощь. М. : ЭНАС, 2017.

В последнее время в армиях ряда государств разрабатываются специальные компьютеризованные диагностические программы для планшетов и смартфонов. Они позволяют привлекать для оценки боевого стресса у военнослужащих широкие слои боевого психологического актива.

Таким образом, экспресс-диагностика боевого стресса является важнейшим этапом сохранения боеспособности военнослужащих и профилактики боевых психических расстройств. Ее целью является оценка способности военнослужащих продолжать участие в боевых действиях. Методы экспресс-диагностики стресса в боевой обстановке должны отвечать требованиям простоты, компактности, допустимости, возможности, быстроты, неприхотливости. К таким методам относятся диагностическая экспрессбеседа и формализованная визуальная экспресс-диагностика. Оценка актуального уровня боевого стресса у военнослужащих позволяет осуществить их сортировку и принятие решения по оказанию им психологической помощи.

Литература

1. *Караяни, А. Г., Сыромятников, И. В.* Прикладная военная психология. — СПб. : Питер, 2006.

2. *Караяни, А. Г., Сыромятников, И. В.* Военная психология : учебник для специалистов психологической работы Вооруженных сил Российской Федерации. — М. : Изд-во ВУ, 2016.

3. Учебное пособие по дисциплине «Экстремальная психология» для курсантов МЧС России / под общ. ред. Ю. С. Шойгу. — М. : Изд-во ФГБУ ВНИИ ГОСЧ (ФЦ), 2017.

4. Экстренная психологическая помощь: просто о сложном. — М. : ФГБУ «Объединенная редакция МЧС России», 2012.

5. *Шумков, Г. Е.* Психика бойцов во время сражений. Вып. 1. — СПб., 1905.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Назовите цель экспресс-диагностики боевого стресса у участников боевых действий?

2. Назовите требования к методам экспресс-диагностики боевого стресса.

3. Каково назначение методов экспресс-диагностики боевого стресса?

Практические задания

1. Вы — психолог воинской части и действуете в боевом порядке 3-й мср. Наблюдаете военнослужащего, в поведении которого замечаете: военнослужащий находится в обездвиженном состоянии, занял эмбриональную позу, демонстрирует безразличие к опасности. Используя Карту боевого стресса, оцените состояние военнослужащего и примите решение.

2. Вы — психолог воинской части и находитесь рядом с командным пунктом. Слышите крики, суету, движение военнослужащих. Направляетесь к ним и наблюдаете следующую картину: сержант В стоит в центре круга из окруживших его сослуживцев и театрально размахивая руками, кричит: «Вы все меня достали! Я не сплю уже третьи сутки! Я не могу воевать за вас всех!» Он дергает ворот своей куртки, подносит руки к горлу и кричит: «Вы дышать мне не даете!» Он обхватывает голову руками и издает рычащие звуки. Один из сослуживцев говорит: «Хватит сцену закатывать! Ты просто бездельник. Ты проспал и не подготовил машину к работе. Пошли, ребята!» «Что?» — вскрикнул В и плашмя повалился спиной на землю, закатил глаза и стал биться в конвульсиях. Сослуживцы бросились к нему.

Оцените состояние сержанта В.

3. В кинофильме «Грозовые ворота» показан момент, когда один военнослужащий начинает мотать головой, что-то мычать, глубоко дышать, потом выскакивает из окопа и бежит в сторону противника. Он не обращает внимание на огонь противника, крики товарищей. В конечном счете одна из пуль настигает его. Будучи раненым, военнослужащий не покидает опасного места и не предпринимает усилий чтобы укрыться. И только его боевой товарищ, рискуя жизнью, спасает его.

Используя «Карту боевого стресса», оцените состояние героя этого фрагмента.

4. Посмотрите фильм «Спасти рядового Райана», в частности момент высадки союзных войск в Нормандии. Опишите ситуации, в которых проявлялись острые стрессовые реакции: страх, тревога, диссоциативный ступор, апатия и др.

Глава 3
МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, ПОДДЕРЖКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

3.1. Психологическая профилактика и поддержка военнослужащих в боевой обстановке

Боевые действия Российских войск в Афганистане (1979—1989 гг.), в ходе принуждения Грузии к миру (2008 г.), в Сирийской Арабской Республике (2015 г. — н. в.) подтвердили важность морально-психологического фактора в достижении победы над противником. В условиях, по существу, беспредельного использования средств психологического давления противника на участников боевых действий, широкого использования методов информационно-психологического противоборства побеждает тот, у кого больше выдержки, «крепче нервы». Каждый военнослужащий имеет пределы этой «крепости» и во многих случаях нуждается во внешней помощи. В связи с этим психологи, командиры, все военнослужащие должны обладать необходимыми знаниями, навыками и умениями управления боевым стрессом (стресс-менеджмента). Управление боевым стрессом осуществляется на этапах подготовки, ведения и завершения участия военнослужащих в боевых действиях, включает комплекс профилактических, психокоррекционных и реабилитационных мероприятий (см. рис. 3.1).

Из рис. 3.1 видно, что управление боевым стрессом начинается задолго до участия военнослужащего в военных действиях. Первым его этапом выступает отбор военнослужащих с достаточным уровнем стрессоустойчивости. Второй этап со-

ставляет психологическая подготовка военнослужащих к боевым действиям, включающая их информирование о потенциальных боевых стрессорах, способах профилактики и снижения их действия, а также закалку стресс-реактивных механизмов.

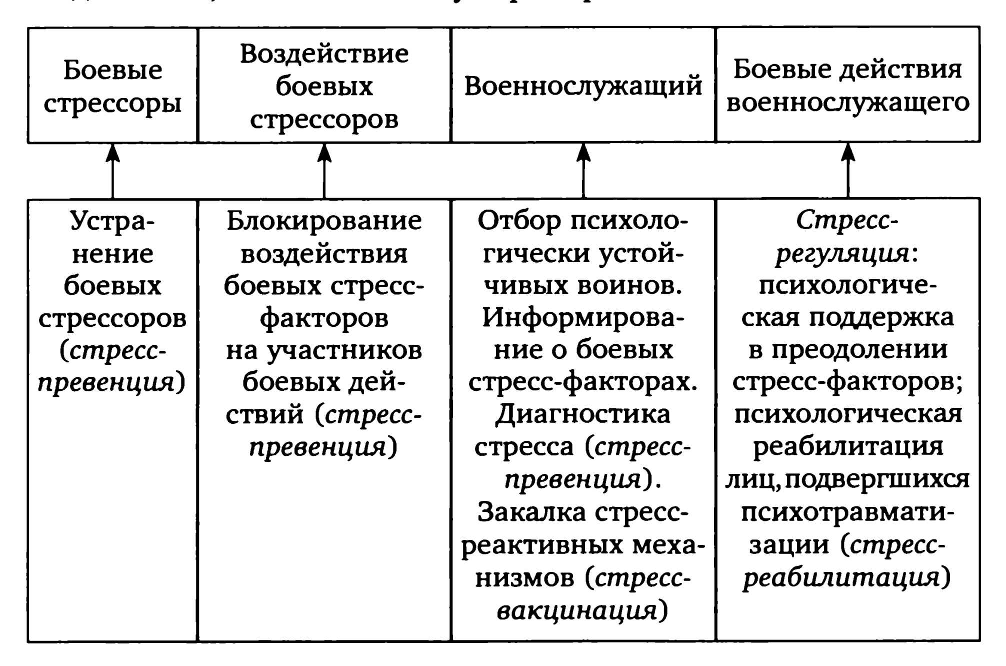


Рис. 3.1. **Управление боевым стрессом**

В зоне боевых действий управление боевым стрессом состоит в элиминации стресс-факторов, которые могут быть устранены. Прежде всего это касается психофизиологических, когнитивных и эмоциональных стресс-факторов (например: организация режима боевой деятельности с четким выделением времени для боевой деятельности, для сна и активного отдыха; организация полноценного питания и водоснабжения военнослужащих; поддержание связи военнослужащих с социумом, родными и близкими и т. д.). В вооруженных силах США командир, принимая решение на бой, четко определяет суточный режим боевой жизнедеятельности, который включает время на боевые действия, отдых и сон военнослужащих. В зависимости от характера боевой задачи этот режим может иметь следующую структуру, определяющую соотношение времени (в часах) на активные боевые действия и времени на отдых и сон: 4 через 4, 12 через 12, 18 через 6 и т. д. Считается, что забота о сне солдат — это не признак слабости, а показа-

тель дальновидности командира; сон нельзя накопить про запас и использовать в нужное время; только сон может удовлетворить потребность в сне; обычный отдых и расслабление не заменяют сна; командир должен искать любую возможность обеспечить сон подчиненных[1].

Так как все стресс-факторы в боевой обстановке устранить невозможно, важным этапом управления боевым стрессом становится блокирование или снижение силы их действия на военнослужащих (например, регулирование времени продолжительности пребывания военнослужащих в непосредственном соприкосновении с противником и в зоне боевых действий; обеспечение надежными средствами индивидуальной и групповой защиты, приборами ночного видения; защита от информационно-психологического воздействия противника; организация комфортного военно-полевого быта; повышение горизонтальной и вертикальной сплоченности военнослужащих; обучение военнослужащих приемами психической саморегуляции; обеспечение военнослужащих витаминами и медикаментозными препаратами, снижающими психологическую нагрузку боевой жизни и т. д.).

Технология психологической профилактики

Для профилактики развития у военнослужащих деструктивного, травматического боевого стресса и посттравматического стрессового расстройства в армиях некоторых стран (США, Великобритания, Израиль и др.) используется психотехника «*Командирский дебрифинг*». Она создана на основе дебрифинга стресса критических инцидентов, предложенного американским психологом Дж. Митчелом в 1983 г. Существенным отличием является то, что командирский дебрифинг проводится в воинских подразделениях, принимавших участие в бою, завершившимся ранением или смертью сослуживцев, и ведется не дебриферами, а подготовленными командирами, участвовавшими в травматической боевой ситуации.

Дебрифинг — организованное обсуждение стресса, совместно пережитого военнослужащими при решении задачи совместной боевой деятельности.

Целью дебрифинга ставится минимизация, купирование психических страданий военнослужащих и предотвращение развития неблагоприятных психологических последствий.

---

[1] Field Manual FM 6—22.5 // Combat and operational stress control manual for leaders and soldiers. Washington, 2009.

Задачами дебрифинга являются:

— проработка впечатлений, реакций и чувств;

— формирование у военнослужащих понимания сущности происшедших событий и психотравматического опыта;

— уменьшение ощущения уникальности и патологичности собственных реакций путем обсуждения чувств и обмена переживаниями;

— мобилизация внутренних ресурсов, групповой поддержки, солидарности и понимания;

— снижение индивидуального и группового напряжения;

— подготовка к переживанию тех симптомов и реакций, которые могут возникнуть в последующем и др.

Дебрифинг проводится в подразделениях не выше взвода, с максимальным числом участников — 20 военнослужащих, совместно переживших психотравмирующее событие, в ближайшие 48—72 часов после его окончания. Считается, что в этот период у военнослужащих появляется тенденция к отрицанию и подавлению травматического опыта, что сопровождается попытками «самолечения», нередко с помощью алкоголя и наркотиков. Опыт показывает, что продолжительность дебрифинга не должна превышать 2 часов.

Выделяются 7 фаз, через которые нужно провести групповое обсуждение, чтобы достичь его целей[1].

1. *Вводная фаза* — разъяснение (напоминание) целей, задач и правил проведения группового обсуждения, создание обстановки психологической безопасности и возможного комфорта.

2. *Фаза «Факты»* — участники группы рассказывают о том, что они наблюдали, что делали в бою, и на основе этого составляется более или менее целостная картина происшедшего. По возможности, следует на ватмане (обратной стороне карты) нарисовать план события с указанием места каждого участника на момент травматического события. Часто представления участников боевых действий о событии оказываются ошибочными. Выяснение этого обстоятельства способствует корректировке их представлений о степени опасности, которой они подвергались.

---

[1] См.: Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. ЭныФоа, Теренса М. Кина, Мэтью Фридмана. М. : Когито-Центр, 2005 ; Морально-психологическая подготовка личного состава к выполнению задач по защите конституционных прав граждан в условиях чрезвычайного положения и при вооруженных конфликтах : учебно-методические материалы и рекомендации. М. : Изд-во Академии МВД РФ, 1995 ; *Черепанова Е. М.* Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. М., 1995.

3. *Фаза «Мысли»* — обсуждению подвергаются первые мысли, которые пришли в голову участникам боевых действий в критической ситуации. Некоторые мысли воинов также могут не отражать реальности и запускать у них негативные эмоциональные реакции. Уточнить их, значит переработать травматическую информацию.

4. *Фаза «Эмоции и чувства»* — осуществляется переход от описания фактов к рассказу о внутренних психологических реакциях военнослужащих на них. Впечатления, эмоциональные реакции каждого участника экстремального события делаются достоянием всей группы. Иногда они записываются на сложенном пополам листе ватмана. На второй (временно скрытой от участников) его половине заранее записаны нормальные эмоции и симптомы людей, переживающих травматическую ситуацию.

В процессе обсуждения выясняется, что чувства и переживания воинов во многом совпадают. Осознание этого обстоятельства способствует снятию эффекта уникальности переживаний (в том числе и страха) воинов.

Ведущим принимаются меры для включения всех военнослужащих в групповую работу, недопущения «узурпации» права на высказывание одним и превращения в безмолвных слушателей других. Он обращает внимание на то, что, высказываясь о пережитом, военнослужащие переживают сильный стресс и, хотя это происходит в обстановке отсутствия реальной опасности, они нуждаются в понимании и поддержке сослуживцев.

5. *Фаза «Симптомы»* — предметом группового обсуждения становятся эмоциональные, физиологические и поведенческие реакции и симптомы стресса, изменения в самосознании и самооценке военнослужащих. Знакомясь с перечнем симптомов сослуживцев, каждый участник понимает, что его переживания не уникальны. Отражаясь в других людях через обратную связь, замечая в высказываниях товарищей то, о чем сам сказать не смел, каждый участник лучше познает себя, свои чувства, переживания.

6. *Фаза «Информирование»* — разъяснение военнослужащим психологической сущности постстрессовых расстройств как «нормальных реакций на ненормальные условия боевой обстановки», способов преодоления отрицательных психологических последствий боевого стресса. Ведущий разворачивает сложенный пополам лист ватмана и попарно зачеркивает совпадающие эмоции и симптомы, высказанные участниками и те, которые вообще характерны для стрессовых ситуаций. Как пра-

вило, выясняется, что на листе не остается каких-то особых, ненормальных реакций и симптомов.

7. *Фаза «Закрытие прошлого»* — подведение своеобразного итога под тем, что было пережито. В терминах будущего определяются стратегии преодоления отрицательных последствий боевого стресса, случаи, в которых участник должен искать дополнительную психологическую помощь. Такими случаями являются: наличие постстрессовых симптомов спустя 6 месяцев после дебрифинга; эскалация названных симптомов; наличие затруднений в выполнении простейшей работы или резкое снижение работоспособности. В качестве акции символического «закрытия прошлого» может быть сожжен лист с эмоциями и симптомами военнослужащих.

При проведении дебрифинга следует строго придерживаться правил групповой работы: добровольность; конфиденциальность; исключение взаимных оценок, критики, недоброжелательности; работа без перерывов с правом выхода участников при необходимости; свобода в постановке любых вопросов, связанных с пережитыми событиями и собственными состояниями; предупреждение участников о возможности повторного переживания во время работы негативных эмоций и чувств и необходимости таких переживаний в интересах поисков путей их преодоления; ведение разговора лишь о своих переживаниях, а не о реакциях других людей.

Дебрифинг помогает лучше понять природу травматического стресса, его симптомы, овладеть способами эффективного их преодоления, предупредить возможность возникновения отсроченных отрицательных последствий.

Важным этапом управления боевым стрессом являются непрерывный **мониторинг и диагностика** степени воздействия боевых стресс-факторов на участников боевых действиях (см. гл. 2).

Все перечисленные выше и другие подобные меры в комплексе составляют **психопрофилактику** боевого стресса, то есть систему психологических, организационных и медицинских мероприятий, направленных на предупреждение негативных психологических воздействий на военнослужащих боевых стрессоров. Часть из таких мероприятий вписывается в боевой распорядок дня, в режим жизнедеятельности военнослужащих в боевой обстановке, другая часть должна реализовываться по ситуации, в случае необходимости.

В неразрывной связи с психопрофилактикой боевого стресса находится психологическая поддержка участников боевых действий, которая состоит в актуализации внутренних ресурсов военнослужащих (например, памяти об эффективных действиях, мотивации и т. д.) или предоставлении им внешнего психологического ресурса (заражение боевым настроем, сообщение мобилизующей информации и т. д.), позволяющего преодолевать стресс-факторы боя, вернуть состояние воинов в требуемый для боя интервал психофизиологической мобилизованности. Психологическая поддержка призвана помочь воинам в преодолении временных психологических барьеров (сомнений, неуверенности, страха, тревоги, нерешительности, апатии, необоснованной агрессивности, истерических реакций и т. п.) на пути выполнения боевой задачи. Кроме этого, такая поддержка позволяет предотвратить распространение негативных переживаний среди военнослужащих по механизму психического заражения и снизить возможность развития патологических психологических проблем в будущем.

В такой поддержке на различных этапах боевых действий может нуждаться практически каждый военнослужащий. То есть объектами психологической поддержки являются все военнослужащие.

В психологической поддержке используются пути, которые позволяют человеку влиять на свое психическое состояние: регуляция дыхания, управление тонусом скелетной мускулатуры, отвлечение внимания, визуализация ресурсных состояний и успешных действий (идеомоторная тренировка, сенсорная репродукция образов), вербализация желаемых состояний и действий, закрепление (якорение) ресурсных состояний[1]. Окружающие также имеют возможность влиять на психическое состояние воина, используя перечисленные пути. На их основе разрабатываются конкретные приемы, позволяющие человеку целенаправленно изменять свои эмоциональные состояния, уровень психофизиологической мобилизации и бодрствования.

---

[1] См.: *Гримак Л. П.* Общение с собой: начала психологии активности. М. : Политиздат, 1991 ; *Караяни А. Г.* Приемы психической саморегуляции : практическое пособие для телохранителей. М., 1992 ; *Леонова А. Б., Кузнецова А. С.* Психологические технологии управления состояниями человека. М. : Смысл, 2009.

Проведенный анализ позволил выделить три формы психологической поддержки участников боевых действий: самопомощь; поддержка психологического актива; психологическая поддержка со стороны командиров подразделений, военных психологов. То есть субъектами психологической поддержки могут быть не только специалисты-психологи и военно-медицинские работники, но и сами военнослужащие, их сослуживцы, командиры, овладевшие простейшими методами психологической поддержки.

Самопомощь состоит в выполнении участниками боевых действий заранее усвоенных экспресс-приемов психической саморегуляции (дыхательных, нервно-мышечных, основанных на визуализации и вербализации желаемых состояний).

Поддержка психологического актива состоит в том, что в подразделении отбираются военнослужащие, отличающиеся выдержкой и психологической устойчивостью, и обучаются методам вспомоществующей коммуникации. Их главная задача — вовремя обнаруживать негативные тенденции в психологическом состоянии сослуживцев и, при наличии возможности, оказывать поддержку методами подбадривания, вселения уверенности, личным примером, побуждением выполнить простейшие приемы психической саморегуляции (см. табл. 3.1). В перерывах между активными боевыми действиями активисты стимулируют вербальные отреагирования сослуживцами своих беспокойств, сомнений, чувства несостоятельности и вины, считая, что «высказанная проблема — половина проблемы». Так работает система психологического актива в армии Великобритании «TRiM» (Trauma Risk Management — управление риском травматизации)[1]. Для наполнения этой системы кадрами с 2008 г. в британской армии готовятся десятки тысяч активистов. Психологические активисты действуют на батальонном уровне и в армии США.

Психологическая поддержка со стороны командиров состоит в обучении методам обнаружения у подчиненных симптомов стресса и оказания им простейшей визуальной, эмоциональной, когнитивной и тактильной поддержки. Такая поддержка должна снять у участников боя чувство одиночества, отделенности от сослуживцев, страха остаться без помощи в случае ранения. Контакт глазами, кивок, прикосновение, заражение

[1] *Hughes J. H., Neville M.* Battle Against Stigma. Barcelona : Grafos, 2014.

своим настроением, словесное внушение уверенности, предложение сигареты, чая или кофе из своей фляжки (если позволяет боевая обстановка), ориентировка в выполняемой задаче и т. п., по мнению специалистов, актуализируют и расширяют психологический ресурс участников боевых действий, снимают эффект неизвестности, неопределенности, новизны.

Психолог в процессе психологической помощи использует психотехники, описанные в табл. 3.1, все имеющиеся у него возможности и средства.

Очевидно, что приемы психологической поддержки и самопомощи, используемые в боевой обстановке, должны отвечать ряду специфических требований — эффективности, безопасности, компактности, простоты, неприхотливости, отсутствия побочных явлений, конкретности.

Любой используемый прием психической саморегуляции должен содержать конкретный *психофизиологический механизм*, посредством которого можно в конечном итоге изменить психическое состояние военнослужащего. При необходимости выполнения приемов психологической поддержки в процессе выполнения боевой задачи должно быть выбрано *безопасное место*, гарантирующее от обнаружения и поражения противником. При оказании психологической поддержки военнослужащему со стороны сослуживца, активиста, психолога и т. д. последние должны расположить военнослужащего за укрытием спиной к противнику, а сами должны вести постоянное наблюдение за противником. Используемые приемы не должны наносить вреда военнослужащему. Для изменения эмоционального состояния участников боевых действий должны использоваться *компактные приемы*, действие которых должно проявляться в течение нескольких секунд или от силы 2—3 минуты. На больший срок выключать военнослужащего из боя просто невозможно. Эти приемы должны быть *простыми* настолько, чтобы их мог выполнить практически каждый военнослужащий. Кроме этого, их выполнение *не должно требовать каких-либо специальных условий*, связанных с уровнем освещенности, звукоизоляции, температуры окружающей среды, музыкального оформления и т. д. Используемые техники психологической поддержки *не должны вызывать побочных явлений* в виде сонливости, снижения уровня внимания и т. д. Наконец, каждый из таких приемов должен быть *нацелен на решение строго конкретной задачи*:

эмоционально-волевой мобилизации (например, в случае апатии) либо психологической релаксации (например, в случае боевой лихорадки).

Специалисты[1] указывают на то, что процедуры психологической поддержки должны: давать пострадавшему ощущение большей безопасности; помочь пострадавшему почувствовать, что он не остался один на один со своим переживанием (бедой); предоставить пострадавшему важную и актуальную для него информацию.

Считается необходимым по возможности оградить пострадавшего от посторонних лиц, не оставлять его одного, говорить с ним короткими и четкими фразами в побудительном наклонении «Смотри на меня!», «Слушай меня!», «Повторяй за мной!», «Делай как я!», «Вперед!», «Задание выполнить!» и т. д., избегать употребления «панических» терминов типа «Конец!», «Катастрофа!», «Ужас!» и т. п., выдачи неоправданных обещаний «Все будет хорошо!», «Все пройдет» и т. п.

Таким требованиям соответствуют приемы психологической поддержки, представленные в табл. 3.1. Рассмотрим их кратко.

Таблица 3.1

Методы психологической поддержки в бою

№ п/п	Стрессоры боя	Эмоциональные стресс-реакции	Приемы психологической поддержки
1	Неопределенность обстановки, недостаток, противоречивость информации	Боевая лихорадка, психомоторное возбуждение, нервная дрожь	Доведение до военнослужащего необходимой информации. Успокаивающее дыхание. Диафрагменное дыхание. Рефлекторное расслабление
		Боевая апатия	Прием «Стоп-трясучка». Прием «Стоп-апатия». Мобилизующее дыхание

[1] См.: Учебное пособие по дисциплине «Экстремальная психология» для курсантов МЧС России / под общ. ред. Ю. С. Шойгу. С. 42.

Окончание табл. 3.1

№ п/п	Стрессоры боя	Эмоциональные стресс-реакции	Приемы психологической поддержки
		Чувство одиночества на поле боя (страх оказаться в одиночестве, остаться раненым без помощи, быть убитым и оставленным на поле боя)	Прием «Без слов» (визуальный и/или тактильный контакт и/или эмоциональное заражение)
		Неуверенность в себе	Прием «Внушение уверенности». Волевое дыхание
2	Страх быть убитым, раненым, искалеченным	Страх	Прием «Стоп-страх». Волевое (возбуждающее) дыхание
3	Гибель боевых товарищей	Истероидная реакция. Агрессия, злость, гнев	Прием «Стоп-истерика». Прием «Стоп-агрессия»

В ситуации неопределенности, недостатка, избытка или противоречивости (ошибки) информации у военнослужащих могут наблюдаться боевая лихорадка, боевая апатия, чувство одиночества на поле боя, являющиеся симптомами боевого дистресса. Боевая лихорадка является знаком того, что уровень психофизиологической мобилизованности воина (частота сердечных сокращений, дыхания, уровень мотивации и т. д.) вышли за пределы интервала нормы. В данном случае требуется снизить уровень мобилизованности до приемлемого. Для этого могут использоваться психотехники «Успокаивающее дыхание», «Диафрагменное дыхание» и «Рефлекторное расслабление» и др.

Дыхание — единственная вегетативная функция, на которую человек может влиять произвольно, задавая благодаря этому режим функционирования различных физиологических систем[1].

---

[1] См.: *Леонова А. Б., Кузнецова А. С.* Психологические технологии управления состояниями человека. М. : Смысл, 2009.

Психотехники понижения уровня психофизиологической мобилизации

Прием «*Успокаивающее дыхание*»[1] выполняется в три этапа.

1. В исходном положении стоя, сидя или лежа сделать короткий полный вдох. Затем, задержав дыхание, вообразить перед собой круг и медленно выдохнуть в его центр через рот. Этот прием повторить четыре раза.

2. Затем вновь вдохнуть, вообразить треугольник и выдохнуть в него. Повторить три раза.

3. После этого подобным же образом дважды вдохнуть и выдохнуть в квадрат.

После выполнения этих процедур обязательно наступает успокоение.

Это происходит благодаря: переносу внимания с неблагоприятных внешних факторов на внутренние образы, уменьшению импульсации в коре головного мозга и ее торможению, изменению кислородно-углеводородного баланса в организме в сторону углекислого газа и плацебо-эффекту.

Прием «*Диафрагменное (диафрагмальное) дыхание*»[2] взят из практики психологической саморегуляции американских военнослужащих. Необходимо: 1) глубоко вдохнуть через нос, выпячивая живот (диафрагмальное дыхание), 2) задержать дыхание примерно на 5 сек., почувствовать, как натянут живот, 3) медленно выдохнуть через рот, завершив выдох резким «выбросом» остатков воздуха. Упражнение повторить пять раз.

Здесь работают те же психофизиологические механизмы, что и при успокаивающем дыхании.

Прием «*Рефлекторное расслабление*»[3] также рекомендован американскими военными психологами. Для его выполнения необходимо: 1) сильно напрячь все мышцы тела на 15 сек. Для достижения лучшего напряжения можно плотно прижать друг к другу щиколотки ног и колени, упереть ладонь в ладонь или кулак в кулак или, напротив, сцепить пальцы рук и пытаться развести руки, максимально напрягая все мышцы тела, 2) расслабить мышцы, «стряхнуть» напряжение и почувствовать, как тело наполняется теплом и тяжестью. Обнаружить легкое покалывание в пальцах рук. Прием выполнить несколько раз.

---

[1] См.: *Ладанов И. Д.* Психическая саморегуляция хозяйственных руководителей. М., 1986.

[2] Field Manual FM 6—22.5 // Combat and operational stress control manual for leaders and soldiers. Washington, 2009.

[3] Ibid.

В данном упражнении успокоение происходит за счет снятия мышечных зажимов и блоков, снижения общего мышечного напряжения, расширения кровеносных сосудов и усиления кровотока, насыщения мышц и мозга кислородом, плацебо-эффекта.

Прием «*Без слов*» нацелен на снятие у участников боевых действий страха одиночества за счет демонстрации им соприсутствия, небезразличия и соучастия со стороны сослуживцев, командиров, психологов. Прием предполагает использование следующих коммуникативных средств:

1) при встрече с военнослужащим глазами задержать на нем взгляд, кивнуть ему, если уместно подмигнуть, улыбнуться, сделать подбадривающий или одобряющий жест (поднятый вверх большой палец руки, поднятый вверх кулак и т. д.);

2) при нахождении рядом прикоснуться к плечу, предплечью или спине военнослужащего, похлопать по плечу.

Психотехники повышения уровня психофизиологической мобилизации

В ситуациях, когда психофизиологическая мобилизация военнослужащего оказывается ниже уровня, обеспечивающего его активные и эффективные боевые действия, могут помочь следующие приемы эмоционально-волевой мобилизации.

Прием «*Волевое (возбуждающее) дыхание*»[1] заимствован из практики психической саморегуляции в школе боевых искусств киокусинкай (киокушинкай). При обнаружении у себя чувства страха, тревоги, неуверенности сделать следующее: 1) представить очаг страха в организме (грудь, живот и т. д.), 2) встать ровно, сделать медленный, плавный вдох через нос, одновременно поднять руки сгибая в локтях ладонями вверх до уровня груди (выше очага страха), 3) сделать энергичный выдох с одновременным медленным опусканием рук ладонями вниз. Представить, что ладони — мощный пресс, выталкивающий страх и неуверенность вовне. Во время выдоха последовательно напрячь мышцы рук, плечевого пояса, живота, ног. По окончании выдоха напряжение мышц прекращается. Упражнение повторяется до появления чувства уверенности в своих силах и готовности организма действовать с максимальной отдачей.

В данном и следующем упражнениях психофизиологическая мобилизация повышается за счет увеличения импульса-

---

[1] См.: *Ладанов И. Д.* Психическая саморегуляция хозяйственных руководителей. М., 1986.

ции в коре головного мозга и ее возбуждения, изменения кислородно-углеводородного баланса в организме в сторону кислорода и плацебо-эффекта.

После освоения данного приема его можно выполнять без внешнего движения рук.

Прием «*Возбуждающее (мобилизующее) дыхание*»[1], адаптирован из практики психической саморегуляции в школе боевых искусств киокусинкай (киокушинкай). Исходное положение стоя, расслабиться, установить ровное, глубокое дыхание. Сделать спокойный вдох через нос, одновременно поднимая согнутые в локтях руки вверх и скрещивая их перед грудью. После этого, напрягая все мускулы тела, особенно мышцы живота, быстро опуская руки вниз, сделать энергичный выдох через рот. В конце выдоха резко вытолкнуть из легких остаток воздуха. 3—4-кратное повторение этого упражнения позволяет мобилизовать силы и активизировать деятельность.

Прием «*Внушение уверенности*» предполагает следующее: 1) заметив военнослужащего, испытывающего сильный страх и неуверенность в себе, поместить его в непростреливаемое противником место, 2) повернуть лицом к себе и ровным и твердым голосом сказать: «Посмотри на меня! Ты меня слышишь? Ты боец! Ты сильный! У тебя получится! Ты меня понял? Ты справишься! Действуй!» или «Посмотри на Перова! Видишь, как он действует? Делай также! Ты сможешь! У тебя получится! Действуй!»

Психологи МЧС России наработали опыт психологической поддержки лиц, переживающих острые стрессовые реакции такие, как страх, тревога, апатия, агрессия, истероидные реакции, психомоторное (двигательное) возбуждение, нервная дрожь, диссоциативный ступор и т. д.[2] Этот опыт может быть использован для психологической поддержки участников боевых действий. Однако нужно учесть следующий момент: если при оказании экстренной психологической помощи гражданским лицам в зоне чрезвычайной ситуации рекомендуется не останавливать проявления ОСР и позволить им максимально реализоваться, то в боевой обстановке нужно максимально

---

[1] См.: *Ладанов И. Д.* Психическая саморегуляция хозяйственных руководителей. М., 1986.

[2] См.: Учебное пособие по дисциплине «Экстремальная психология» для курсантов МЧС России / под общ. ред. Ю. С. Шойгу. С. 42—45 ; Экстренная психологическая помощь: просто о сложном ; Экстренная психологическая помощь.

быстро купировать их в интересах выживания воина и решения боевой задачи. Мы обозначили разработанные специалистами МЧС рекомендации как «приемы», включили в них некоторые приемы психической саморегуляции и эмоционально насыщенные названия для их лучшего запоминания («стоп-страх», «стоп-истерика», «стоп-агрессия» и т. д.).

Приемы управления острыми стрессовыми реакциями

Прием «*Стоп-истерика*». Необходимо помнить о том, что истероидная реакция (истерика) — активная энергозатратная, неосознаваемая поведенческая реакция человека (крик, плач, размахивание руками, падение и т. д.) на неблагоприятное событие, проявляющаяся, как правило, в присутствии зрителей. Она обладает заразительной силой и может быть опасна для самого военнослужащего, сослуживцев и психолога. Поэтому психологу необходимо обезопасить пострадавшего, окружающих и себя.

Для психологической поддержки пострадавшего необходимо: 1) удалить зрителей, замкнуть внимание на себя, обратиться по имени (...посмотри на меня, ты меня слышишь?), переключить внимание на внешние объекты, вызвав ориентировочную реакцию (неожиданные вопросы: «Где твои гранаты?», «Что там движется в кустах?» и т. п.); 2) обеспечить нерефлексивное слушание с минимальной вербализацией, короткими фразами, угу-поддакиванием, киванием головой и т. д.; 3) не совершать таких действий, как пощечины, встряхивания, обливание водой; 4) не вступать в развернутый диалог, «воспитание» («успокойся», «возьми себя в руки», «так нельзя»), пока реакция не пройдет.

Если истерику не подпитывать словами и сочувствием, она проходит через 10—15 мин. После истерической реакции наступает упадок сил, человек нуждается в отдыхе.

Прием «*Стоп-страх*». Следует помнить, что страх — энергозатратная, полезная реакция, трансформирующаяся во вредную, мешающую думать и действовать. Страх может застревать и оставаться в душе человека, если его не убрать сразу. Чем дольше, тем труднее избавиться от него. Для психологической поддержки военнослужащего, переживающего страх, необходимо: 1) не оставлять его одного, предложить выполнить прием «Диафрагменное дыхание»; 2) учитывая, что страх — это эмоция, а эмоция становится слабее, когда включается эмоциональная деятельность, попросить военнослужащего назвать имена и фамилии сослуживцев его подразделения и предположить, где они сейчас действуют; 3) когда страх пойдет на спад, можно поговорить с воином о том, чего и почему он боится, дать выговорить-

ся, угостить сигаретой, чаем из фляжки. Не следует переубеждать его, по типу: «Не думай об этом», «Это ерунда», «Это глупости» и оставлять его одного.

Прием «*Стоп-тревога*». Тревога — это беспредметный страх. Она сложнее, чем страх, так как человек не знает, чего он боится. Тревога может длиться долго, изматывая человека, вытягивая из него силы и энергию, парализуя способность действовать. Как правило, источниками тревоги являются дефицит информации по жизненно важным вопросам и неопределенность. Особенно часто тревога овладевает воинами перед боем.

Для оказания психологической поддержки необходимо: 1) разговорить военнослужащего, побудить подумать о том, что его беспокоит, предоставить необходимую информацию; 2) так как при тревоге мышцы человека очень напряжены и в голове крутятся одни и те же мысли, необходимо снять напряжение, попросить выполнить прием «Рефлекторная релаксация»; 3) побудить военнослужащего заняться легкой и полезной деятельностью (проверить оружие, боеприпасы, снаряжение). Постепенно его внимание с внутренних переживаний переместится на внешние полезные действия; 4) нецелесообразно убеждать человека в том, что тревога не обоснована, скрывать правду и плохие новости, оставлять его одного. Можно угостить военнослужащего сигаретой, чаем из фляжки.

Прием «*Стоп-агрессия*». Необходимо помнить, что агрессия — это активная вербальная или поведенческая энергозатратная реакция в ответ на какое-либо событие. Экстремальная ситуация в одночасье нарушает весь уклад жизни человека, его базовые ценности. В таких условиях человек имеет право испытывать раздражение, злость, гнев. «Разрядка парового котла» эмоций — один из путей предохранения от «взрыва». Нужно учитывать, что реакция направлена не на человека, а на обстоятельства и нужно помочь военнослужащему справиться со шквалом эмоций и с достоинством выйти из ситуации. Для этого необходимо: 1) говорить спокойно (спокойнее, тише и медленнее, чем человек), постепенно снижая темп и громкость речи; 2) обращаться по имени; 3) задавать вопросы, ответы на которые помогут человеку сформулировать и понять его требования к ситуации: «Как ты считаешь, как лучше будет сделать: так или вот так?»; 4) переключить активность военнослужащего на выполнение простой, но необходимой работы («Давай уточним твой сектор огня, потом вернемся к разговору», «Давай переместимся вон за ту стену, займем позицию и подумаем, как решить вашу проблему»; 5) не стремиться переубедить, переспорить, что-то доказать, запугивать, угрожать. Когда накал агрессии спадет и военнослужащий согласится с необходимостью унять эмоции,

можно предложить ему выполнить прием «Диафрагменное дыхание». После этого можно угостить сигаретой, чаем из фляжки.

Прием «*Стоп-трясучка*» предназначен для купирования нервной дрожи, мешающей военнослужащему действовать эффективно. Предложить военнослужащему выполнить прием «Рефлекторное расслабление».

Прием «*Стоп-апатия*». Необходимо знать, что апатия — это реакция снижения общей эмоциональной, поведенческой и интеллектуальной активности человека. Она является своеобразной психологической анестезией. Рекомендуется: 1) дать военнослужащему сладкого чая (из фляжки); 2) проинформировать его о том, что его реакция нормальна; 3) предложить выполнить прием «Возбуждающее (мобилизующее) дыхание»; 4) побудить его выполнить умеренную физическую нагрузку (дооборудовать боевую позицию, привести в порядок оружие и боевое снаряжение, понаблюдать за отдельно стоящим зданием и т. д.); 5) не призывать его «собраться», «взять себя в руки», «так нельзя», «ты не должен».

3.2. Методы и принципы психологической реабилитации участников боевых действий

Психологическая реабилитация участников боевых действий должна проводиться лишь с теми военнослужащими, у которых критически снижена способность ориентироваться в боевой деятельности, управлять своим поведением и выполнять должностные обязанности в боевой обстановке. Она проводится военными психологами в пунктах психологической работы.

Основными задачами психологической реабилитации являются: выявление деструктивного и травматического стресса у военнослужащих; сортировка (классификация) военнослужащих по уровню стресса; эвакуация военнослужащих с боевой психической травмой с поля боя; восстановление нарушенных (утраченных) психических функций; коррекция самосознания, самооценки и самочувствия военнослужащих, получивших психическую травму; формирование у пострадавших эффективных моделей поведения в различных ситуациях, навыков саморегуляции психических состояний и др.

В зарубежных армиях содержание психологической реабилитации описывается с помощью мнемоформулы «5 R's»

(Reassure — уверение, Rest — отдых, Replenish — восполнение, Restore — восстановление, Return — возвращение)[1]. Мы адаптировали этот подход для его использования в практике оказания психологической помощи российским военнослужащим и обозначили его мнемоформулой «5В». Формула объединяет задачи психологической реабилитации: Внушение военнослужащему нормальности, неуникальности и временности происходящего с ним. Выжидание — предоставление пострадавшему кратковременной отсрочки от боя или перерыва в боевой деятельности, вселение веры в неизбежное возвращение в боевой строй. Восполнение физических потребностей (таких как тепловой комфорт, вода, пища, гигиена и сон) военнослужащего. Восстановление уверенности в своей боеспособности в целях деятельности и контактов с подразделением. Возвращение в строй и воссоединение военнослужащего с его подразделением.

Начиная с Русско-японской войны и на протяжении последующего столетия в качестве приоритетной задачи практически во всех армиях мира рассматривалась разработка **принципов оказания помощи воинам**. Эти принципы неуклонно вытекали из логики боевых действий, из практики оказания психологической помощи. Имевшие место нарушения этих принципов неизменно вели к существенному снижению эффективности, к дискредитации самой идеи психологической помощи, причинению вреда военнослужащим.

Более 100 лет назад, во время Русско-японской войны (1904—1905 гг.), русские военные врачи, психиатры, впервые в истории наладившие организованную психолого-психиатрическую помощь участникам боевых действий, установили: чем дальше от линии фронта эвакуировались психотравмированные воины, тем меньше шансов у них оставалось на выздоровление и возвращение в боевой строй. Это явление было названо «вторичной выгодой». Его осознание позволило Г. Е. Шумкову сформулировать самый первый принцип психологической помощи — *принцип приближения психологической помощи к линии фронта*.

В годы Первой мировой войны (1914—1918 гг.) американский военный психолог Т. Салмон творчески адаптировал

[1] Field Manual FM 6—22.5 // Combat and operational stress control manual for leaders and soldiers. Washington, 2009.

британскую систему принципов психологической помощи и объединил их акронимом «PIE» (пирог). Система состояла из трех принципов: P — Proximity (близости) — помогать жертвам вблизи линии фронта и в пределах звуков боя; I — Immediacy (незамедлительности) — помогать им немедленно; E — Expectancy (предвкушение или надежда) — относиться к пострадавшим не как к больным, а как к воинам, требующим отсрочки и отдыха, гарантировать, что всех пострадавших ожидает обязательное возвращение в боевые порядки после отдыха и восполнения сил. Благодаря этому к концу войны удалось выстроить весьма эффективную схему психологической помощи участникам боевых действий, позволявшую возвращать в боевой строй от 40 до 80 % пострадавших.

К сожалению, сразу же после войны эти принципы были забыты и системы психологической помощи во всех армиях мира были ликвидированы.

Даже в начале Второй мировой войны психологов и психиатров поначалу кое-где рассматривали как ненужный груз, неоправданные излишества, о чем свидетельствует меморандум Уинстона Черчилля председателю Палаты лордов в декабре 1942 г.: «Я уверен, что было бы разумно ограничить, насколько это возможно, работу этих господ [психологов и психиатров] ...Неправильно беспокоить большое количество нормальных здоровых мужчин и женщин, ставить своего рода странные вопросы, в которых психиатры специализируются»[1].

Уже в ходе войны, когда пошли массовые психологические потери, пришлось на ходу восстанавливать неоправданно забытую систему психологической помощи участникам боевых действий, платя большую за это цену в сотни тысяч человеческих судеб. Так, в середине Второй мировой войны при ведении боевых действий на севере Африки американцы вновь стали осуществлять эвакуацию психотравмированных военнослужащих в глубокий тыл (более 100 км) и, по существу, лишили себя возможности возвратить пострадавших в строй (на фронт вернулись лишь около 4 % из них). В этом случае у последних развивался своеобразный культ травмы. Организм, подчиняясь инстинкту самосохранения, как бы поддерживал необхо-

---

[1] *Crocq M. A., Crocq L.* From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology // Dialogues Clin. Neurosci. 2000. Vol. 2 (1). P. 47—55.

димый уровень психотравматизации, обеспечивающий нахождение в тылу. Только в 1944 г. американцам удалось осознать, что психотравматизация — явление массовое, и восстановить принципы и систему психологической помощи, действовавшую в армии в годы Первой мировой войны.

В ходе локальных военных конфликтов после Второй мировой войны ценность выработанных принципов психологической помощи была окончательно понята и зафиксирована в руководящих документах ряда армий. Современная система психологической помощи в зарубежных армиях ориентируется на строгое соблюдение группы принципов, объединенных акронимом «BICEPS». К принципам, ранее входящим в группу «PIE» (Proximity, Immediacy, Expectancy) были добавлены принципы краткосрочности (Brevity), простоты (Simplicity), контактности или централизованности (Contact или Centrality).

В целом новая система принципов, по утверждению зарубежных военных психологов, позволяет обеспечивать возвращение в строй до 75—85 % психотравмированных военнослужащих.

Вместе с тем практика показывает, что она не «закрывает ворота» для симулянтов, не фиксирует системный характер помощи, не закрепляет зависимость эффективности помощи от материально-технических возможностей психологических служб.

Так, еще в ходе Русско-японской войны был выявлен так называемый «синдром эвакуации»: как только солдаты осознавали, что психическая травма является достаточным основанием для эвакуации с поля боя, количество психотравмированных резко увеличивалось, эффективность их излечения снижалась, а срок увеличивался. В годы Первой мировой войны в английской и французской армиях было эвакуировано с поля боя 25 тысяч солдат, у которых отмечались симптомы поражения отравляющими веществами (ОВ), хотя они не находились в зоне применения газов. Опыт двух мировых войн и многих локальных военных конфликтов показывает, что в организации психологической работы по прогнозированию, оценке и купированию боевых психических травм более безопасным является недооценка, чем переоценка. В ходе Второй мировой войны американские психологи сделали однозначный вывод о том, что не только нет никакой необходимости, но вредно раздувать категорию психологических потерь, госпитализировать значительное число людей и содержать их в столь благоприятных условиях, которые

лишат человека желания быть солдатом. Это сопровождается тем, что оставшиеся в строю воины, видя госпитализированных по причине психических расстройств симулянтов и, узнав о начале госпитализации подобных пораженных, станут (как это было в Первую и Вторую мировые войны) умышленно демонстрировать причудливые психологические реакции: состояние ужаса, дрожь, оцепенение, апатию, паралич и др. При этом тип реакций будет зависеть от того, при каком поведении военнослужащих госпитализируют в данной части. То есть наряду с явными психологическими потерями будут и явные симулянты, грань между которыми крайне трудно обнаружить[1].

Понимание этих обстоятельств потребовало уточнить существующие принципы психологической помощи.

Технологии психологической реабилитации

На основе анализа психологических особенностей военных конфликтов начала XXI в. нами был сформулирован перечень принципов, объединяемый акронимом «БЛОКПОСТ». Акроним объединяет следующие принципы.

Близость — требует осуществления основных мероприятий психологической реабилитации в пунктах психологической работы и медицинских подразделениях своих воинских соединений и частей («в пределах слышимости боя»).

Личностный подход — требует относиться к пострадавшим не как к пациентам, а как к лицам, нуждающимся во временном отдыхе; не допускать введение пострадавших в заблуждение, нанесение им какого-либо вреда; располагать пункты психологической помощи вне пределов видимости медицинских подразделений; организовывать посещения пострадавших командирами и сослуживцами, выражающими надежду на возвращение их в боевой строй.

Оперативность — предполагает немедленное начало реабилитации после обнаружения у военнослужащих психологических проблем в целях обеспечения отреагирования травматического события, трансформации его смысла и оказания пострадавшим социальной поддержки.

Краткосрочность — определяет необходимость проведения психологической помощи воинам в течение ближайших 12—72 часов в целях профилактики возникновения «вторичной выгоды».

---

[1] См.: *Мокор П. Х.* Военная психология и реальность боя // Современная буржуазная военная психология. М. : Воениздат, 1965.

Превенция — ориентирует на превентивное формирование у военнослужащих психологической устойчивости и обучение их приемам психопрофилактики и само- и взаимопомощи.

Обеспеченность — требует создания соответствующей методической и материально-технической базы для оказания психологической помощи, без которой она превращается в профанацию. В ходе антитеррористической операции в Сирии и ряда войсковых учений в качестве полевого пункта психологической работы был апробирован многофункциональный комплекс «Купол». Наличие такого комплекса с соответствующим насыщением его массажной, светостимуляционной аппаратурой, ящиком для песочной психотерапии и т. д. позволяет осуществлять многие виды психологической помощи. Однако отсутствие палаток с лежаками, печкой, походным душем, посудой, комплектом боевых рационов, средств связи и транспорта может превратить психологическую помощь в фикцию и обернуться катастрофой.

Системность — устанавливает, что психологическая помощь должна осуществляться: командирами, психологами, медицинскими работниками, психологическим активом, самими военнослужащими; в пунктах психологической работы, медицинских подразделениях, воинских подразделениях; на различных этапах эвакуации; с помощью простых физиологических, психологических, социально-психологических и медикаментозных средств и способов.

Твердость — ориентирует: на приоритетное выявление лиц, симулирующих боевую психическую травму; на восстановление боеспособности, а не абсолютного психического здоровья военнослужащих; на соблюдение пострадавшими военной формы одежды, включение их во временные подразделения, вовлечение в простейшие формы активности.

Соблюдение перечисленных принципов позволит обеспечить не только высокую эффективность используемых реабилитационных технологий, но и предотвратить такое грозное явление, как симуляция.

Анализ боевого опыта российских войск в Афганистане, Чеченской республике, Сирии, в других военных событиях показал, что наиболее широкое применение в практике психологической реабилитации военнослужащих нашей и многих зарубежных армий находят следующие **методы**:

1) *физиологические* (сон, отдых, качественная, насыщенная белком пища, обильное теплое питье, душ, полевая баня);

2) *аутогенные* (выполнение приемов психической саморегуляции);

3) *медикаментозные* (успокаивающие препараты, фитотерапия, витаминотерапия и др.);

4) *организационные* (установление четкого режима работы и отдыха, вовлечение военнослужащих в необременительную боевую учебу, несение службы, сохранение военной формы одежды);

5) *психотерапевтические* (индивидуальная и групповая рациональная психотерапия, трудотерапия, натуротерапия).

Рациональная психотерапия — беседа с пострадавшим военнослужащим, в процессе которой психолог:

— разъясняет военнослужащему сущность и временный характер возникших у него психологических проблем;

— снимает эффект уникальности реагирования военнослужащего на событие, доводя до него информацию о том, что большинство военнослужащих испытывают в бою аналогичные чувства;

— побуждает военнослужащего отреагировать (вербализовать) травматическое событие, предлагая рассказать об испытанных чувствах, симптомах, желаниях;

— разъясняет военнослужащему его статус как человека, лишь временно нуждающегося в отдыхе и помощи в восстановлении его боеспособности;

— доводит до военнослужащего информацию о том, что на его возвращение надеются его боевые товарищи, нуждающиеся в его опыте, мастерстве, надежности;

— предлагает выполнить простейшие приемы психической саморегуляции.

Единство диагностики, профилактики боевого стресса, психологической поддержки и реабилитации военнослужащих, переживающих деструктивный и травматический стресс, составляет психологическую помощь участникам боевых действий.

Изучение отечественного и зарубежного опыта психологической помощи участникам боевых действий позволяет представить ее принципиальную схему в виде взаимосвязанных страт — следующих один за другим слоев (групп) военнослужащих, переживающих разные уровни (виды) стресса, в границах которых оказываются различные виды психологической помощи. Обобщенную схему психологической помощи участникам боевых действий мы обозначаем общим термином «Страта».

Название страты			
1-я страта (Зеленая зона)	2-я страта (Желтая зона)	3-я страта (Оранжевая зона)	4-я страта (Красная зона)
Уровень (вид) боевого стресса			
Конструктивный стресс — адаптивный копинг; — эффективное функционирование; — благополучие	**Деструктивный стресс** — умеренный и проходящий дистресс; — снижение функционирования	**Травматический стресс** — травматический стресс; — критическое снижение функционирования	**ПТСР (болезнь)** — клинические ментальные расстройства
Состояние военнослужащего			
Боеспособный	**Сопротивляющийся**	**Утративший боеспособность**	**Больной**
Содержание психологической помощи			
— мониторинг, профилактика; — психологическая поддержка	— психодиагностика; — психологическая поддержка	— психологическая реабилитация	— психологическая реабилитация; — психиатрическая помощь
Субъекты психологической помощи			
— военнослужащие; — сослуживцы; — военные священники; — командиры; — военные психологи	— мобильные группы психологической помощи; — военнослужащие; — сослуживцы; — военные священники; — командиры; — военные психологи	— военные психологи; — военно-медицинские работники	— военные психологи (симптоматическая помощь); — психиатры
Место оказания психологической помощи			
— подразделение; — боевой порядок	— подразделение; — боевой порядок	— пункт психологической работы (помощи); — медицинские учреждения	— медицинское учреждение

Рис. 3.2. **Обобщенная схема психологической помощи участникам боевых действий «Страта»**

Данная система в настоящее время является гипотетической — предположением о должном на основе международного военно-психологического опыта. Она должна быть узаконена, согласована по функциям и ответственности (психологи, медицинские работники, командиры), по этапам, по месту, времени, соответствующим материально-техническому обеспечению.

В систему психологического вспомоществования в качестве профилактических элементов целесообразно также включить: послебоевой строевой смотр подразделения в целях выявления психотравмированных военнослужащих, послебоевые «охлаждающие» беседы с участниками боевых действий, командирские дебрифинги в подразделениях, принимавших участие в ожесточенных боевых действиях (наличие убитых и/или раненых) в пределах 48—72 часов. Все эти меры призваны предупредить развитие у военнослужащих хронического и посттравматического стресса.

Таким образом, психологическая помощь участникам боевых действий включает психологическую диагностику, психологическую профилактику негативных психологических последствий воздействия боевых стресс-факторов, психологическую поддержку и психологическую реабилитацию военнослужащих. Целью психологической помощи является вспомоществование участникам боевых действий в преодолении стресс-факторов боя, сохранение их боеспособности и предупреждение психических расстройств.

Литература

1. *Караяни, А. Г., Сыромятников, И. В.* Прикладная военная психология. — СПб. : Питер, 2006.

2. *Караяни, А. Г., Караяни, Ю. М.* Психологическая помощь военнослужащим в боевой обстановке. — М. : Изд-во ВУ, 2016.

3. *Караяни, А. Г.* Военная психология. В 2 ч. Ч. 2 : учебник и практикум для вузов. — М. : Издательство Юрайт, 2016.

4. *Ладанов, И. Д.* Психическая саморегуляция хозяйственных руководителей. — М., 1986.

5. Учебное пособие по дисциплине «Экстремальная психология» для курсантов МЧС России / под общ. ред. Ю. С. Шойгу. — М. : Изд-во ФГБУ ВНИИ ГОСЧ (ФЦ), 2017.

6. *Черепанова, Е. М.* Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. — М., 1995.

7. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. ЭныФоа, Теренса М. Кина, Мэтью Фридмана. — М. : Когито-Центр, 2005.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Какие мероприятия входят в психологическую профилактику боевого стресса?
2. Какие цели преследует психологическая поддержка участников боевых действий?
3. Каковы пути, позволяющие военнослужащему влиять на свои психические состояния?
4. Какие принципы входят в группу принципов психологической помощи «БЛОКПОСТ»?
5. Какие группы методов используются в целях психологической реабилитации участников боевых действий?

Практические задания

1. Измерьте частоту своих сердечных сокращений (ЧСС). Затем выполните прием «Успокаивающее дыхание». Вновь оцените ЧСС. Какие изменения произошли в ЧСС? С чем, по вашему мнению, они связаны?
2. Измерьте частоту своих сердечных сокращений (ЧСС). Затем выполните прием «Возбуждающее (мобилизующее) дыхание». Вновь оцените ЧСС. Какие изменения произошли в ЧСС? С чем, по вашему мнению, они связаны?
3. В ряде документальных американских фильмов о высадке войск на западном побережье Франции в 1944 г. видно, что солдаты идут в наступление и периодически дышат в бумажные пакеты. В качестве эксперта обоснуйте целесообразность таких действий.
4. Если вы были бы военным психологом, какие приемы психологической поддержки вы изучили бы с боевым психологическим активом? Составьте список таких приемов.

Глава 4
СУЩНОСТЬ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

4.1. Сущность, критерии и симптомокомплексы посттравматического стрессового расстройства

Боевой стресс, позволяющий военнослужащему адаптироваться к хаосу и ужасам боя, мобилизовать глубинные ресурсы организма, преодолевать немыслимые препятствия, выполнять сложные боевые задачи и сохранять свою жизнь, не проходит бесследно. Он может долгим эхом звучать в памяти, сознании, в сновидениях, поступках участника боевых действий. Психологические последствия переживания военнослужащим в бою стрессовых ситуаций может сказаться на его жизни как положительно, так и отрицательно.

Известный американский военный психолог М. Мэтью утверждает, что психологические последствия участия в боевых действиях описываются практически кривой нормального распределения. Примерно 15—20 % ветеранов после участия в боевых действиях переживают своеобразный посттравматический рост, другие 15—20 % — посттравматический стресс, большая часть ветеранов (60—70 %) некоторое время находится в состоянии кризиса реадаптации и может пополнить ряды как первых, так и вторых[1].

Многие ветераны боевых действий отмечают, что обрели в процессе участия в боевых действиях новые личностные свойства, которые сделали их сильнее физически и духовно,

[1] *Matthews M. D.* Head strong: How Psychology revolutionizing War. N. Y., 2014.

открыли иное видение жизни, задали новую энергетику личностного роста. В последнее время совокупность положительных изменений, происшедших в человеке после переживания травматических событий[1] квалифицируют как *«посттравматический рост»*. Обобщение таких изменений позволило нам представить их в виде целостной констелляции (см. табл. 4.1).

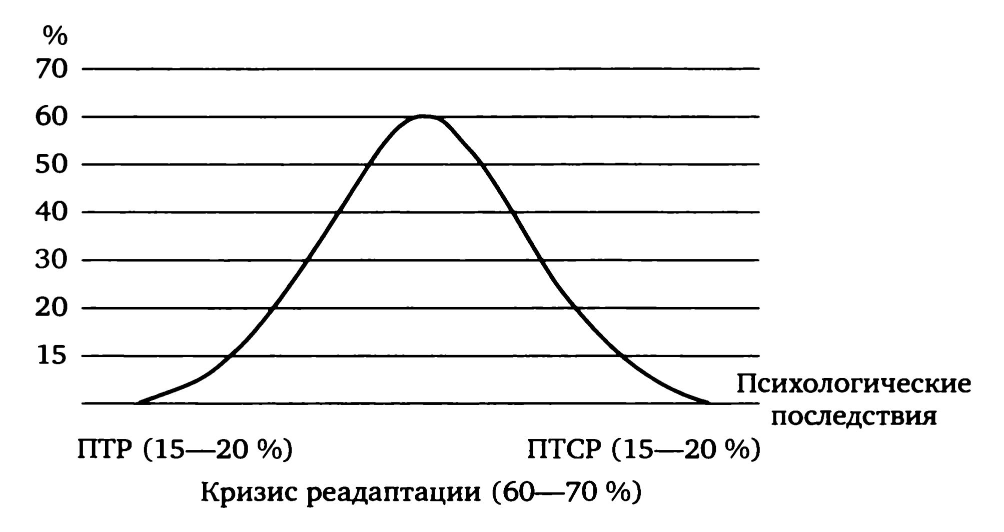


Рис. 4.1. **Процент ветеранов боевых действий, переживающих разные формы посттравматических последствий**

Таблица 4.1

Показатели посттравматического роста у участников боевых действий

№ п/п	Направленность психологических последствий	Сущность психологических последствий
1	На себя:	— глубокое и всестороннее познание военнослужащим своих интеллектуальных, эмоциональных, волевых возможностей, масштаба своей личности, своей «социальной цены», открытие дальних горизонтов своих желаний и жизненных планов

[1] См.: *Караяни А. Г., Караяни Ю. М.* Психологическая помощь военнослужащим в боевой обстановке. С. 148—149 ; *Столяренко А. М.* Экстремальная психопедагогика. С. 551—554 ; *Сенявская Е. С.* Психология войны в XX веке. Исторический опыт России. М., 1999.

Окончание табл. 4.1

№ п/п	Направленность психологических последствий	Сущность психологических последствий
2	На окружающих:	— приобретение опыта открытого, спонтанного, бесхитростного общения, предоставляющего возможности для искренней и преданной дружбы, боевого братства, неподкупной любви
3	На деятельность:	— привычка брать ответственность на себя, выполнять поставленные задачи, находить пути решения проблем
4	На жизнь в целом:	— обретение страсти к жизни, уникального опыта жизнедеятельности и поведения в экстремальных условиях, житейской мудрости, ресурса, необходимого для решения множества жизненных задач; — тренировка аппарата стрессового реагирования, закалка физического и психического здоровья, создание мощного резерва физических сил для больших дел

Но психологические последствия участия в боевых действиях не ограничиваются посттравматическим ростом. Еще во время Великой отечественной войны отечественный психиатр В. А. Гиляровский показал, что боевые травматические события могут оставлять отрицательный психологический след в жизни ветерана боевых действий. Он описал «синдром нервной демобилизации», возникающий у солдат после возвращения из фронтовой обстановки. Данный синдром проявлялся в остаточных явлениях переутомления на фоне резкого снижения уровня волевой мобилизации. На основании исследований послевоенной адаптации ветеранов Великой Отечественной войны отечественными учеными был сделан вывод о возможности длительного сохранения последствий психотравмирующего воздействия войны (В. А. Гиляровский, 1946; И. Н. Введенский, 1948; Е. К. Краснушкин, 1948; Е. М. Холодовская, 1948 и др.).

Американские психиатры и психологи Р. Гринкер и Д. Шпигель в своей работе «Люди под воздействием стресса» (1945 г.)

одними из первых выделили наиболее характерные отсроченные реакции на боевой стресс. К ним были отнесены: нетерпеливость, раздражительность, агрессивность, повышенная утомляемость, апатичность, трудности засыпания, тревожность, усталость, повышенная реактивность, напряженность, депрессивность, личностные изменения, ослабление памяти, тремор, проблемы с концентрацией внимания, поглощенность воспоминаниями о войне, ночные кошмары, подозрительность, фобические реакции. Кроме этого, наблюдаются снижение аппетита, пристрастие к алкоголю и различные психосоматические симптомы[1].

Позже было установлено, что психологические изменения у ветеранов войны могут наблюдаться как в виде *отдельных разрозненных симптомов*, так и в *виде целостного синдрома* — посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Впервые официально вопрос о необходимости выделения целостного синдрома, называемого «посттравматическое стрессовое расстройство», был поднят в США в 1980 г. Тогда в публикацию третьего издания американского классификационного стандарта, подготовленного Американской психиатрической ассоциацией, DSM—III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) был внесен раздел, содержащий описание критериев для диагностики нарушений и расстройств, вызванных психотравмирующими обстоятельствами, выходящими за рамки обычного человеческого опыта. Этот раздел уточнялся в разных структурных компонентах новых редакций стандарта DSM—IV (1994 г.), DSM—IV-TR (2000 г.) и DSM-5 (18 мая 2013 г.). В этом же году аналогичный раздел появился и в Международном классификаторе болезней МКБ-10 (код. 309.81). Несмотря на то, что ПТСР формально является психическим заболеванием, его изучение, диагностика, и психотерапия относятся к компетенции клинического психолога. Категория ПТСР описывается и в Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (англ. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) МКБ-10 (ICD-10). Десятый выпуск МКБ вышел в 1990 г. На территории Российской Федерации действие МКБ-10 было введено приказом Министерства здравоох-

---

[1] См.: *Съедин С. И., Абдурахманов Р. А.* Психологические последствия воздействия боевой обстановки. М., 1992.

ранения № 170 в 1997 г. В июне 2018 г. опубликовано 11-е издание МКБ. В полную силу оно вступит в 2022 г.

Несмотря на то, что посттравматическое стрессовое расстройство как диагностическая категория существует и практически используется уже почти четыре десятилетия, однозначного понимания его сущности, объяснительных моделей и механизмов на сегодняшний день нет.

Одни трактуют ПТСР как отсроченную во времени реакцию на травматическое событие военного времени[1], другие как на травму, полученную ветераном боевых действий при столкновении с безразличным, презирающим и враждебным мирным социумом[2], третьи — как своеобразную инерцию сохранения во времени боевого рефлекса, который в мирных условиях кажется социуму проявлением психической «ненормальности»[3]. Существует также позиция, в соответствии с которой ПТСР как целостного синдрома не существует, он, якобы, искусственно создан американскими врачами, превратившими процесс излечения ветеранов боевых действий в прибыльный бизнес. Истина, как это водится, лежит где-то посредине.

Наш подход к пониманию ПТСР состоит в том, что психологические реакции на травматические события боевой жизни могут ярко и драматически проявляться спустя длительное время после их переживания военнослужащим. Такие переживания могут усиливаться или порождаться «слепоглухонемым», или агрессивным социумом. Часто причиной травматического конфликта ветеранов боевых действий с социальным окружением может быть инерция в проявлении у него боевых рефлексов. Симптомы психологических последствий травматических событий встречаются у ветеранов боевых действий достаточно часто, а целостные, развернутые (диагностируемые с помощью психологических диагностических батарей) формы ПТСР проявляются редко. Насколько можно судить, уровень возникновения ПТСР в значительной мере зависит

---

1 См.: *Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М.* Боевая психическая травма. М. : Медицина, 2005.

2 См.: *Караяни Ю. М.* Концепция и технологии социально-психологической реабилитации инвалидов боевых действий : монография. М. : Изд-во ВУ, 2015.

3 *Hoge Ch. W.* Once a warrior always warrior: Navigating the Transition from Combat to Home Including Combat Stress, PTSD, and mTBI. Guilford, Connecticut, 2010.

от мотивации участников боевых действий и степени осмысленности участия в них.

Так, сравнительный анализ объемов ПТСР в армиях стран, участвующих в боевых действиях в последние годы, подтверждает это предположение. На рис. 4.2 видно, что наибольшие объемы психогенных потерь (% по отношению к числу участников боевых действий) наблюдаются в армиях США (ее солдаты ведут боевые действия вдали от родины, за непонятные ценности, за деньги) и Украины (солдаты воюют против мирного населения).

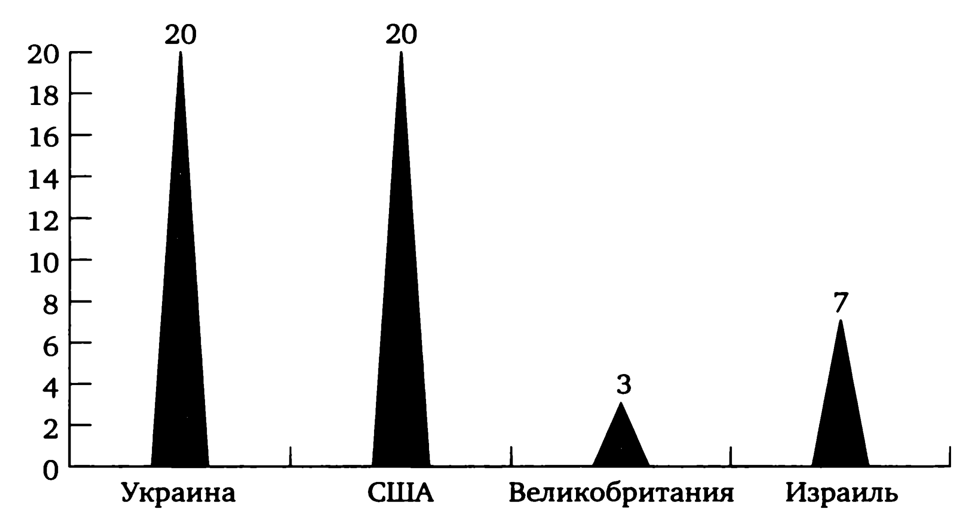


Рис. 4.2. **Сравнительный анализ объемов ПТСР в армиях государств, систематически участвующих в боевых событиях**

Тот факт, что ПТСР описано как синдром и отдельная психодиагностическая категория в ряде авторитетных классификаторов болезней, дает основания для рассмотрения его в качестве целостного образования.

В пятом пересмотре DSM посттравматическое стрессовое расстройство отнесено к категории психиатрических расстройств, связанных со стрессом и психической травмой (309.81). **Посттравматическое стрессовое расстройство** рассматривается как психическое состояние, отражающее развитие характерных симптомов, возникающих после переживания сильного стресса.

Опубликованная 11-я редакция МКБ войдет в практический оборот в России нескоро. Для этого потребуется разрешение от Всемирной организации на его использование и перевод

на русский язык. Поэтому приведем описание ПТСР по Американскому классификационному стандарту Американской психиатрической ассоциации DSM-5.

Технологии оценки ПТСР

В DSM-5 выделены 8 критериев оценки состояния пострадавшего и отнесения его к категории ПТСР: от А до Н. Эти критерии означают следующее:

А. Столкновение со смертью или с угрожающей жизни ситуацией, подверженность серьезной травме или сексуальному насилию в одном или нескольких из перечисленных вариантов.

1. Непосредственная подверженность травматическому событию.

2. Непосредственное (личное) зрительное восприятие травмы, которую переживают другие.

3. Получение информации о том, что травмирующие события произошли с членами семьи или близкими друзьями; события должны быть либо насильственными, либо характеризоваться как несчастный случай.

4. Переживание повторных либо экстремальных воздействий отвратительных деталей травматического события, таких как участие в спасательной команде, собирающей человеческие останки, служба в полиции, связанная с повторным столкновением с подробностями насилия над детьми.

В. Наличие одного или более из следующих навязчивых симптомов, ассоциированных с травмирующим событием, которые развиваются после действия стрессора.

1. Повторяющиеся непроизвольные навязчивые и тягостные воспоминания о травмирующем событии.

2. Повторяющиеся дистрессовые сновидения, содержание или аффект которых соотносится с травмирующим событием.

3. Диссоциативные реакции (например, флешбэки), во время которых индивид ощущает или ведет себя так, как будто бы травматическое событие повторяется.

4. Интенсивный либо продолжительный психологический дистресс при столкновении с внутренними или внешними признаками чего-либо, символизирующими или напоминающими какой-либо аспект травматического события.

С. Постоянное избегание стимулов, ассоциирующихся с травматическим событием, что начинается после возникновения травматической ситуации и подтверждается либо одним, либо двумя признаками.

1. Избегание либо попытки избежать неприятных воспоминаний, мыслей, чувств о травматическом событии, либо непри-

ятных воспоминаний, мыслей, чувств, тесно ассоциирующихся с травматическим событием.

2. Избегание либо попытки избежать напоминающих о событии людей, мест, разговоров, действий, объектов, ситуаций, которые вызывают дистрессовые воспоминания, мысли или чувства, тесно ассоциирующихся с травматическим событием.

D. Отрицательные изменения когнитивных процессов и настроения, связанные с имевшим место травматическим событием, возникающие после травматического события или углубившиеся после действия стрессора.

1. Невозможность вспомнить важные аспекты травматического события (вследствие диссоциативной амнезии).

2. Упорные и преувеличенные убеждения в отношении себя, других и мира или постоянные и преувеличенные негативные ожидания от себя, других и мира.

3. Упорные искаженные суждения о причинах и последствиях травматических событий, которые заставляют индивидуума винить себя или других.

4. Постоянные негативные эмоции.

5. Заметно сниженный интерес к участию в социальных мероприятиях либо отказ от участия в социальных мероприятиях.

6. Чувство оторванности или отчуждения от других.

7. Стойкая неспособность испытывать позитивные эмоции.

E. Заметные изменения в возбуждении и реактивности, ассоциированные с травматическим событием, что начинается после действия стрессора либо усиливается после травматического события.

1. Раздраженное поведение либо вспышки гнева, обычно выраженные в форме вербальной или физической агрессии по отношению к людям или объектам.

2. Безрассудное или аутоагрессивное поведение.

3. Сверхнастороженность.

4. Повышенный рефлекс четверохолмия (сторожевой рефлекс, усиленная реакция испуга).

5. Проблемы с концентрацией.

6. Нарушения сна.

F. Нарушения (критерии B, C, D и E), которые продолжаются более одного месяца.

G. Нарушения вызывают клинически значимый психологический дистресс и снижение социального, профессионального функционирования, а также негативные изменения в других важных сферах функционирования.

H. Нарушения не относятся к физиологическому эффекту от приема препаратов, а также к другим медицинским состояниям.

Дополнительные симптомы

Деперсонализация: изменение самовосприятия, при котором временно утрачивается или искажается представление о собственной реальности (например: ощущение, как будто «это происходит не со мной», или как во сне).

Дереализация: переживание чувства нереальности и странности внешнего мира, не похожего более на то, что он являл обычно (окружающее может, например, казаться уплощенным, двумерным, бесцветным, тусклым, лишенным эмоциональной значимости для индивида)[1].

Для посттравматического синдрома характерно состояние повышенной тревожности, на фоне которого время от времени возникают приступы необычайно ярких воспоминаний травмирующего события. Подобные состояния чаще всего проявляются при встрече с триггерами, представляющими собой раздражители, являющиеся составной частью воспоминания о травмирующем событии (звуки хлопков, ударов, отбойного молотка, работающего вентилятора, автомобильного двигателя, гул летящего самолета, резкие крики, запах бензина, люди в камуфляже, плач ребенка, и т. п.). Наряду с этим, для ПТСР характерна частичная амнезия, из-за чего пострадавший не может вспомнить всех деталей травмирующей ситуации.

Кроме этого, некоторые авторы выделяют так называемые вторичные признаки ПТСР. К ним относят: алкогольную, медикаментозную или наркотическую зависимость; склонность к суицидальным мыслям и попыткам; депрессия; заболевания сердечно-сосудистой системы; боли различной этиологии, сексуальные дисфункции, девиантное поведение и др. Из-за постоянного нервного перенапряжения, нарушений сна, ночных кошмаров, у ветерана боевых действий может развиваться церебрастенический синдром, свидетельствующий об истощении центральной нервной системы, а также нарушения в работе сердечно-сосудистой, эндокринной, пищеварительной и других ведущих систем организма.

---

[1] См.: *Молчанова Е. С.* Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-5: внесенные изменения и прежние проблемы // Медицинская психология в России : научн. сетевой журн. 2014. № 1 (24). С. 2. [Электронный ресурс]. URL: http://mprj.ru (дата обращения: 24.04.2018).

4.2. Методы диагностики посттравматического стрессового расстройства

Диагностика ПТСР, как и его лечение, относятся к компетенции клинических психологов и психиатров. Вместе с тем к военному психологу нередко обращаются ветераны боевых действий, высказывающие жалобы на отдельные симптомы, характерные для этого расстройства. Для того чтобы оказать им помощь, психолог должен исключить наличие у ветерана развернутой формы ПТСР.

Выявление и оценка посттравматического стрессового расстройства — дело сложное, ответственное, требующее соблюдения ряда принципов. К числу таких обязательных требований можно отнести следующие принципы.

1. *Принцип научности*. Данный принцип требует, чтобы в основу диагностики ПТСР были положены научные теоретико-методологические положения о сущности этого расстройства, диагностические критерии соответствующих статистических руководств, научно разработанные и апробированные методы оценки.

Вряд ли можно считать обоснованными попытки серьезных ученых и психологов-практиков поставить диагноз ПТСР не только лицам, жившим многие тысячи лет назад, но и вымышленным героям эпических произведений. Так, в некоторых трудах по посттравматическому стрессовому расстройству приводятся примеры о том, что еще в 1900 г. до н. э. один египетский врач красноречиво описал истерические реакции пациента после травматического опыта. Травма оставила его неуверенным в себе, и его душевная агония похожа на ту, которой страдают при ПТСР. На основе анализа нескольких симптомов делается вывод о том, что в рамках сегодняшних клинических определений герою трактата может быть поставлен диагноз ПТСР. Другой пример приводится из древнеиндийского трактата «Махабхарата». В нем описываются яркие боевые стрессовые реакции, которые демонстрировали древние воины в 3139 г. до н. э. Они тоже подводятся под диагноз ПТСР. В гомеровской «Илиаде» описывается реакция гнева и чувство вины Ахилла на убийство Гектором его друга Патрокла, а также воины, страдающие от крайней спутанности сознания и чувства незащищенности. Их реакции видятся похожи-

ми на современное боевое ПТСР[1]. Подобный взгляд на ПТСР не единичен[2].

Здесь, во-первых, путаются острые стрессовые реакции и посттравматическое стрессовое расстройство. Во-вторых, среди перечисленных симптомов практически нет тех, которые относятся к критериям ПТСР.

Подобные ошибки отмечаются во множестве и сегодня. Так, вдове военнослужащего, погибшего при выполнении воинского долга за пределами России, один специалист поставил диагноз «ПТСР» на основании не снижающейся на протяжении месяца температуры тела (37—37,5 °С). Другой специалист ставил инвалидам боевых действий диагноз ПТСР «на глаз», по типу: «Да мне никакой методики не нужно, я и так вижу!»

Например, ДСМ-5 требует: во-первых, для постановки такого диагноза необходимо, чтобы один и более симптомов критериев B, C, D, E (то есть симптомокомплексов повторных переживаний, избегания негативных когниций, эмоций и гипермобилизованности) были представлены в картине ПТСР, во-вторых, выявленные симптомы должны проявляться не менее, чем в течение месяца.

2. *Принцип комплексности*. Данный принцип определяет, что диагноз расстройства, каковым является ПТСР, может быть вынесен лишь на основе соотнесения результатов обследования по нескольким диагностическим методикам.

Это связано с тем, что существуют различные **объясняющие модели для ПТСР**.

В рамках *информационной модели ПТСР* рассматривается как последствие того, что часть критически важной информации о травматическом событии была недостаточно переработана, осмыслена, принята. Не переработанные фрагменты информации «блуждают» по памяти, снам, размышлениям ветерана, вызывая боль. Он вновь и вновь возвращается к такой информации в надежде, что «в этот раз отделается от них», но не может сделать этого без внешней помощи. В качестве средства, помогающего переработать травматическую информацию, видится специальным образом организованная под руководством

---

[1] *Jayatunge R. M.* Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) — A Malady Shared by East and West: A Sri Lankan Look at Combat Stress and Trauma. URL: http://www.lankaweb.com/news/items/2015/09/16/post-traumatic-stress-disorder-ptsd-a-malady-shared-by-east-and-west/ (дата обращения: 24.04.2018).

[2] См., напр.: *Crocq M. A., Crocq L.* From shellshock and warneurosisto post-traumatic stress disorder: a history of psychotraumatology // Dialogues Clin. Neurosci. 2000. Vol. 2 (1). P. 47—55.

психолога работа личности пострадавшего, призванная переработать и усвоить травматический опыт.

В рамках *поведенческой модели ПТСР* лежит принцип условного рефлекса. Ужас, бессилие, чувство вины, пережитые в конкретной боевой ситуации, совпали по времени с такими нейтральными стимулами, как звуки боя (хлопки, щелчки, удары, грохот, рев моторов, крики), запах гари, дизельного топлива, вид людей, одетых в специальную одежду, вкус крови и т. д. Такие нейтральные стимулы становятся триггерами, «запускающими» чувство страха, вины, бессилия в различных ситуациях мирной жизни.

Психофизиологическая модель ПТСР описывает его как результат сложившейся у участника боевых действий привычки испытывать нервно-психическое напряжение, необходимое для выживания, «наркотическое» опьянение от выброса в кровь эндоморфинов. Такое состояние становится для них ресурсным и комфортным, превращается в своеобразный «боевой рефлекс», «синдром военизированной психики». Именно это состояние организм вновь и вновь воспроизводит в мирной жизни, где оно оценивается как дезадаптивное.

Социально-психологическая модель ПТСР в объяснении его этиологии делает упор на складывающийся у участников боевых действий образ социального мира и стиль взаимоотношений с окружающими. Прямота, конкретность, разделение мира на «добро» и «зло», на «белое» и «черное», бескомпромиссность в оценке «справедливого» и «несправедливого», избегания «витиеватости», «двойного смысла» в общении в мирной жизни воспринимаются как отклонение от нормы. Встречая непонимание своей «открытости миру» со стороны социума, ветеран замыкается в себе, изолируется от окружающих.

Используемые диагностические средства, как правило, ориентированы на конкретную объяснительную модель ПТСР и отражают только часть его симптоматической картины.

Методики диагностики ПТСР[1]

Сегодня широкую известность в практике работы с психологическими последствиями травматических ситуаций получили следующие методики.

---

[1] См.: *Тарабрина Н. В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. : Питер, 2001 ; Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы / Н. В. Тарабрина [и др.]. М. : Когито-Центр, 2007 ; *Ее же*. Психология посттравматического стресса: Теория и практика : монография. М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.

Развернутое клиническое интервью.

Шкала для клинической диагностики ПТСР (по критериям DSM—IV) Clinician-Administered Scale for DSM—IV (GAPS-DX). Применяется, как правило, дополнительно к Структурированному клиническому интервью (СКИД).

Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale-R — IES-R).

Миссисипская шкала (военный вариант) (Mississippi Scale — MS).

Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Simptom Check List-90-R-REVISED — SCL-90-R.).

Опросник перитравматической диссоциации (ОПД).

Шкала диссоциации (Dissociative Experience Scale — DES).

Опросник депрессивности Бека (Beck Depression Inventory — BDI).

Шкала оценки интенсивности боевого опыта (ШОИБО) (Combat Exposure Scale).

Опросник травматического стресса И. О. Котенева (ОТС).

В России большую работу по изучению ПТСР ведет лаборатория психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях. Лидером этих исследований является профессор Н. В. Тарабрина.

В настоящее время нет смысла развернуто обсуждать существующие методики диагностики ПТСР. Это связано с тем, что практически все они разработаны под статистические и диагностические классификаторы почти 20—30-летней давности: ДСМ-IV (1994 г.) и МКБ-10 (1990 г.). В связи с принятием ДСМ-5 и планирующимся выходом в ближайшие годы МКБ-11 ожидается переработка всего диагностического инструментария.

Однако некоторые методики могут быть использованы для выявления и оценки отдельных симптомов ПТСР.

3. *Принцип профессиональной готовности и ответственности.* Этот принцип предупреждает психолога о том, что он, оценивая состояние ветеранов боевых действий, должен быть готов к тому, что в ходе диагностики у обследуемого могут остро проявиться некоторые симптомы. Причем эти симптомы могут быть опасными как для ветерана, так и для психолога. В этом случае психолог должен быть готов блокировать опасные тенденции, оказать необходимую помощь ветерану, иметь возможность вызвать врача и т. д.

Психолог также должен чувствовать ограниченность своей компетенции профессиональными рамками. При выявлении у ветерана боевых действий развернутой картины ПТСР, он должен как можно скорее передать его клиническому психологу или врачу.

4. *Принцип безопасности*. Принцип требует от психолога, чтобы ни используемые методики, ни осуществляемые им процедуры, ни предшествующие и последующие действия не нанесли вреда ветерану боевых действий.

Опыт показывает, что нецелесообразно и даже опасно муссировать среди военнослужащих информацию о распространенности ПТСР и наличии такого диагноза среди сослуживцев. Это может вызывать у военнослужащих, с одной стороны, страх перед психиатрическим диагнозом, боязнь прослыть среди сослуживцев «психом» (стигма) и, с другой стороны, стремление избежать обращения к психологу за помощью.

Таким образом, посттравматическое стрессовое расстройство является одним из возможных отсроченных ответов человеческой психики на травматические события, связанные с боевыми действиями наряду с посттравматическим ростом и кризисом. В армиях разных стран в зависимости от характера боевых действий и мотивации военнослужащих объем ПТСР может составлять от 3 % до 30 %. Развернутые формы ПТСР встречаются не часто. Однако отдельные симптомы, входящие в данное расстройство могут проявляться резко и драматически, грубо нарушая обычное социальное и профессиональное функционирование военнослужащего (ветерана боевых действий).

Диагностика ПТСР должна осуществляться с использованием батарей официальных и стандартизированных на выборках участников боевых действий методик, с соблюдением принципов осуществления диагностического обследования.

Литература

1. *Караяни, А. Г., Караяни, Ю. М.* Психологическая помощь военнослужащим в боевой обстановке. — М. : Изд-во ВУ, 2016.

2. *Караяни, Ю. М.* Концепция и технологии социально-психологической реабилитации инвалидов боевых действий : монография. — М. : Изд-во ВУ, 2015.

3. *Литвинцев, С. В., Снедков, Е. В., Резник, А. М.* Боевая психическая травма. — М. : Медицина, 2005.

4. *Сенявская, Е. С.* Психология войны в XX веке. Исторический опыт России. — М., 1999.

5. *Съедин, С. И., Абдурахманов, Р. А.* Психологические последствия воздействия боевой обстановки. — М., 1992.

6. *Столяренко, А. М.* Экстремальная психопедагогика. — М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2002.

7. *Matthews, M. D.* Headstrong: How Psychology revolutionizing War. — N. Y., 2014.

8. *Jayatunge, R. M.* Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) — A Malady Shared by East and West: A Sri Lankan Look at Combat Stress and Trauma. — URL: http://www.lankaweb.com/news/items/2015/09/16/post-traumatic-stress-disorder-ptsd-a-malady-shared-by-east-and-west/ (дата доступа: 24.04.2018).

9. *Молчанова, Е. С.* Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-5: внесенные изменения и прежние проблемы // Медицинская психология в России : электрон. научн. журн. 2014. № 1 (24). С. 2. [Электронный ресурс]. — URL: http://mprj.ru.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Что такое посттравматическое стрессовое расстройство?
2. Какие существуют классификаторы психических расстройств? Какие выпуски этих классификаторов сегодня актуальны?
3. Какие критерии (по ДСМ-5) выделяются для оценки ПТСР?
4. Какие модели помогают объяснить природу ПТСР?
5. Каких принципов следует придерживаться при выявлении и оценке ПТСР у участников и ветеранов боевых действий?
6. Какие существуют методики для оценки ПТСР у участников боевых действий?

Практические задания

1. Вы — психолог воинской части. К вам обратился ветеран боевых действий, которому в ходе участия в боевых действиях был поставлен диагноз ПТСР. В результате беседы вы выяснили, что диагноз был поставлен психологом, к которому военнослужащий обратился по поводу проблем со сном. О других симптомах речь не шла. Насколько правомерна постановка диагноза ПТСР? Что целесообразно сделать в этой ситуации?

2. Начальник медицинской службы воинской части попросил вас разобраться с «психотравматиком» капитаном Д. Капитан, посещая

медицинское подразделение воинской части по поводу полученного в ходе боевых действий ранения, постоянно указывает на непрофессионализм и безразличие персонала, на плохое медикаментозное обеспечение. При этом он использует «крепкие» выражения, иногда даже в присутствии женщин. Как, на ваш взгляд, целесообразно поступить в данной ситуации?

3. Проанализируйте описанные в тексте учебного пособия объяснительные модели ПТСР и сравните их с диагностическими критериями ПТСР по ДСМ-5. Какие выводы можно сделать из этого сравнения?

Глава 5
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ПТСР МЕТОДАМИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

5.1. Общая характеристика методов индивидуальной психологической помощи

В настоящее время не существует общей точки зрения на возможные перспективы лечения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Одни специалисты считают, что ПТСР — излечимое расстройство, другие — что его симптомы полностью не устранимы. Как бы то ни было, лечение этого расстройства — длительный процесс[1]. Лечением ПТСР занимаются медицинские работники. Военные психологи оказывают помощь участникам и ветеранам боевых действий в купировании отдельных его симптомов. Такая помощь может оказываться как в индивидуальной, так и в групповой форме.

В индивидуальной психологической помощи основным инструментом лечебного воздействия выступает внутренняя работа клиента при поддержке психолога.

Основными **задачами** индивидуальной психологической помощи военнослужащим в процессе их психологической реабилитации являются:

1) гармонизация когнитивной модели жизнедеятельности, включающей переработанный и отреагированный травматический опыт;

2) эмоциональная переоценка травматического опыта;

---

[1] См.: *Малкина-Пых И. Г.* Экстремальные ситуации : справочник практического психолога. М. : Эксмо, 2005. С. 276.

3) восстановление чувства ценности собственной личности и способности полноценного социального функционирования.

Специалисты выделяют **факторы** индивидуальной психологической помощи, то есть те механизмы или движущие силы, посредством которых происходят позитивные изменения в индивидуально-психологических, личностных качествах и психических состояниях клиентов. К ним относятся следующие факторы.

1. Доверие и сотрудничество между участниками процесса.
2. Снижение напряжения клиента, за счет обсуждения проблемы с психологом.
3. Обучение посредством получения информации от психолога.
4. Изменение поведения военнослужащего за счет одобрения или осуждения со стороны психолога.
5. Приобретение социальных навыков на примере психолога.
6. Убеждение и внушение, явное или скрытое.
7. Применение или репетиция более адаптивных методик при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта.
8. Плацебо эффект.

В процессе индивидуальной психологической помощи встречаются и взаимодействуют два человека — клиент и психолог, и многое зависит от их индивидуально-психологических и личностных качеств. Чем более гармонично они сочетаются, тем выше терапевтический результат.

По временной протяженности индивидуальная психотерапия условно делится на **краткосрочную** (как правило, 12 сеансов) и долгосрочную (может продолжаться до 7—10 и более лет при средней частоте занятий 2—3 раза в неделю). Специфика военной службы определяет приоритет краткосрочной психологической помощи.

Учитывая, что военный психолог работает исключительно с отдельными симптомами ПТСР, а не с его развернутыми формами, то временные рамки и методическая схема процедур психологической помощи всякий раз будут определяться видом и силой проявления симптома, готовностью военнослужащего к работе и профессионализмом психолога.

Для достижения целей психологической помощи могут использоваться средства рациональной, когнитивной, поведен-

ческой, личностно-ориентированной психотерапии, приемы психической саморегуляции.

Психологическая помощь военнослужащим с симптомами ПТСР включает три стадии. На *первой стадии* выясняются симптом, степень его влияния на повседневную жизнедеятельность военнослужащего, готовность клиента к работе по его устранению, формируется психологически безопасная и комфортная для работы атмосфера. На *второй стадии* осуществляется купирование беспокоящего симптома. *Третья стадия* посвящается тестированию результата и «присоединению» к реальной жизни.

Таким образом, современная психологическая наука и практика обладают разнообразными формами и средствами индивидуальной психотерапии, пригодными для психологической реабилитации военнослужащих.

5.2. Методы и техники индивидуальной психологической помощи военнослужащим с симптомами ПТСР

В практике психологической помощи лицам, пережившим травматические события, наработано много конкретных и достаточно эффективных методов купирования различных симптомов ПТСР. Отдельные из них прямо ориентированы на симптомокомплексы повторных переживаний или интрузии (вторжения воспоминаний, мыслей, ночных кошмаров), избегания, негативных установок, мыслей и эмоций и гипермобилизованности, которые соответствуют критериям B, C, D, E посттравматического стрессового расстройства (см. гл. 4). Другие обладают относительной универсальностью. Сегодня в работе с ветеранами боевых действий наиболее активно применяются методы, представленные в табл. 5.1.

Таблица 5.1

Методы и техники индивидуальной психологической помощи участникам боевых действий с симптомами ПТСР

Симптомы ПТСР	Методы и техники психологической помощи
Интрузия (повторные переживания)	
Травмирующие воспоминания, мысли	Психотехники «Трехместная визуально-кинестетическая диссоциация», «Десенситизация и переработка травмы движением глаз» (ДПДГ)

Окончание табл. 5.1

Симптомы ПТСР	Методы и техники психологической помощи
Ночные кошмары	Психотехники «Диалог со сном», «Завершение сна», «Рисунок сна», программы виртуальных персонализированных снов
Избегание	
Усилия по избеганию символов события	Методы: рациональная психотерапия; когнитивная психотерапия; поведенческая психотерапия; программы подвергания травматическому событию с использованием комплексов виртуальной реальности
Фобии	Психотехники «Систематическая десенсибилизация»; иммерсионные психотехники; программы подвергания травматическому событию с использованием комплексов виртуальной реальности
Негативные когниции и эмоции	
Негативные чувства, настроения, переживания	Методы: Аутотренинг по И. Шульцу (АТ); Нервно-мышечная релаксация по Э. Джекобсону (НМР)
	Техника «Наложение якорей»
	Экспресс-приемы психической саморегуляции
Гипермобилизованность	
Болевые ощущения	Немедикаментозное обезболивание; программы обезболивания с использованием комплексов виртуальной реальности
Возбудимость, вспыльчивость	Экспресс-приемы психической саморегуляции
Нарушение сна	Психогигиена сна; методика определения «окна сна»; электронный пластырь TNS

Методы и техники психологической работы с симптомами интрузии

По оценкам зарубежных военных психологов, многие участники и ветераны боевых действий, страдающие ПТСР, жалуются на различные формы вторжения (интрузии) травматического прошлого в их мирную жизнь. Такие вторжения осуществляются в форме навязчивых воспоминаний, представле-

ний, мыслей, флешбэков, ночных кошмаров. Ночные кошмары, которые нарушают их сон, истощают силы, повышают возбудимость, конфликтность, агрессивность. Среди американских ветеранов боевых действий с ПТСР ночные кошмары отмечаются у 52 %.

Специалисты отмечают, что наиболее частыми сюжетами ночных **кошмаров** являются: погоня, преследование, попадание в ловушку, в западню, ограниченное пространство, падение с высоты, утопление, стихийные бедствия, потоп, разрушение стен, смерть во сне, невозможность сдать экзамен, выполнить какое-то дело, нахождение голым в общественном месте, опоздание на важные события, расставание с любимыми и близкими людьми, утрата, заболевание, потеря зубов, волос и т. д.

Психотехники избавления от ночных кошмаров[1]

Психотехника «*Рисунок сна*» нацелена на преобразование образа ночного кошмара из агрессивного, угрожающего, преследующего в предупреждающий, защищающий, побуждающий. Выполняется в четыре этапа.

На *первом этапе* психолог, убедившись в том, что ночные кошмары негативно влияют на психическое состояние, социальное и профессиональное функционирование военнослужащего, и что он полон решимости избавиться от него «здесь и теперь», предлагает ему изобразить свой сон в рисунке, отразив его самые сущностные свойства. На *втором этапе* психолог приглашает страдающего обсудить каждый элемент образа сна. При этом психолог стремится вывести клиента на обнаружение в этих элементах сигнального, предупреждающего, защитного, мотивирующего смысла. В конечном итоге клиент должен прийти к убеждению, что сон выполняет полезную функцию и его навязчивость связана с тем, что страдающий до этого времени не понимал смысла сообщений, посылаемых ему сном. На *третьем этапе* психолог просит клиента дорисовать в образе сна элементы, делающие сон мирным, веселым, смешным, безобидным. На *четвертом этапе* клиент должен придумать своему сну такое «имя», которое отражало бы обнаруженный в нем смысл.

---

[1] См.: *Караяни А. Г, Сыромятников И. В.* Прикладная военная психология ; *Караяни А. Г., Корчемный П. А.* Психологическая помощь военнослужащим в экстремальных условиях ; *Караяни А. Г., Караяни Ю. М.* Психологическая помощь военнослужащим в боевой обстановке ; *Караяни А. Г.* Военная психология. В 2 ч. Ч. 2 : учебник и практикум для вузов.

Психотехника «*Диалог со сном*» предназначена для достижения тех же целей, что и предыдущая техника. Убедившись в готовности клиента избавиться от своего ночного кошмара, психолог ставит напротив друг друга на расстоянии примерно 1,5 м два стула. Затем он предлагает клиенту занять один из стульев, сесть удобно, закрыть глаза и представить на стуле, расположенном напротив, свой сон. Когда образ сна станет ярким, клиент сообщает об этом психологу установленным знаком. Психолог предлагает поприветствовать сон и задать ему вопрос. Клиент выполняет задание. Психолог просит его открыть глаза и пересесть на другой стул, где, закрыв глаза, представить себя своим сном и «вчувствоваться» в него. Когда ветеран «входит» в свой сон и подает знак психологу, тот просит его ответить на вопрос, заданный клиентом. «Сон» отвечает. Психолог простит клиента открыть глаза, выйти из роли сна, пересесть на противоположный стул, осмыслить ответ «сна» и задать уточняющий вопрос. Процесс смены ролей и стульев длится до тех пор, пока ветеран не задаст главный вопрос: «Зачем ты мне снишься?» («Почему ты преследуешь меня»? «Что ты от меня хочешь?» и т. д.), а «сон» не даст ему удовлетворяющий его ответ по типу «хочу предупредить тебя о...», «хочу напомнить тебе о...», «хочу защитить тебя от.» и т. д.

Получив такой ответ, ветеран благодарит свой сон за заботу и прощается с ним.

Прием «**Завершение сна**» предполагает такое его мысленное окончание, которое коренным образом изменяет смысл сна, лишает его травматического содержания и разрешает психологическую проблему. Завершить сон нужно, находясь в просоночном состоянии. Для этого нужно научиться, увидев сон, не открывать глаза, остаться в этом состоянии на несколько секунд и «досмотреть» его по своему сценарию. Такой сценарий заранее готовится клиентом при помощи психолога и проигрывается в процессе психологической помощи.

Для психологической помощи ветеранам боевых действий, страдающих ночными кошмарами, используются и другие психотехники, например «Модификация сна», «Рассказ о сне», «Дневник сна»[1]. В последнее время разрабатываются программы с использованием технологий виртуальной реальности, способные создавать персонализированные целебные образы (терапевтические сновидения) для противодействия послед-

[1] См.: *Караяни А. Г, Сыромятников И. В.* Прикладная военная психология.

ствиям кошмаров. Такие программы позволяют корректировать сценарии снов за счет овладения клиентом релаксацией. Чем лучше расслабляется страдающий, тем менее устрашающим становится сон. Многократный просмотр клиентом (при психологической поддержке психолога) виртуальных снов позволяет существенно снизить или полностью купировать их негативный эффект[1].

В целях переработки ветераном боевых действий информации о травматических событиях боевого прошлого, представленной в воспоминаниях и мыслях, может использоваться разработанная в русле нейролингвистического программирования (НЛП) психотехника «*Трехместная визуально-кинестетическая диссоциация*».

Известно, что ассоциированные воспоминания о травматическом событии могут усиливать негативный эффект от встречи с прошлым. При ассоциированных воспоминаниях человек находится «там» и «тогда», глядя на происходящие вокруг события своими собственными глазами и переживая те же ощущения вновь. В НЛП для преодоления этого травматического эффекта используется прием диссоциации, то есть отделение от ситуации, когда военнослужащий смотрит на себя в той ситуации как бы со стороны. Ветеран боевых действий обретает способность смотреть на ситуацию со стороны, повышать свою ресурсность для преодоления ее травматического эффекта. Это позволяет минимизировать или полностью купировать неприятные ощущения, связанные с прошлыми событиями.

Трехместная визуально-кинестетическая диссоциация

Для выполнения психотехники психолог ставит на удалении примерно 2—3 м от стены (еще лучше, от экрана) стул. На удалении 1,5—2 м за ним с некоторым смещением в сторону ставится второй стул. Клиент после уточнения серьезности его намерений справиться с проблемой и информировании о психологической процедуре размещается на первом стуле. Далее необходимо выполнить следующие действия.

1. Установить «якорь» для устойчивого комфортного состояния клиента, находящегося рядом с психологом (ресурсное состояние).

---

[1] Real-life inception: Army looks to «counteract nightmares» with digital dreams. URL: https://www.wired.com/2011/10/real-life-inception/ (дата доступа: 28.04.2018).

2. Удерживая «якорь», предложить клиенту визуализировать перед собой, как в мгновенном снимке, свое «прошлое Я» непосредственно перед прорабатываемым психотравматическим событием.

3. Таким образом, клиент сидит рядом с психологом, «видя» перед собой себя в боевой обстановке перед самым травматическим событием.

4. Затем клиенту предлагается мысленно «выйти» из своего тела и пересесть на стул, стоящий сзади. Таким образом, клиент представляет себя своим внутренним взором трижды: 1) сидящим рядом с психологом («актуальное тело»); 2) находящимся впереди на экране («более молодое Я-воин»); 3) сидящим сзади на втором стуле («визуальная перспектива»). Когда эта трехместная диссоциация (разделение) произойдет, ее необходимо закрепить «якорем»

5. После этого нужно предложить клиенту «оживить» на экране и снова пережить психотравмирующую ситуацию и просмотреть ее со стороны (с позиции визуальной перспективы), понимая, что все это происходит с ним, «там» и «тогда».

6. Когда травматическая ситуация полностью просмотрена, нужно предложить клиенту снова вернуться из позиции «визуальная перспектива» (2-й стул) на 1-й стул и вновь войти в свое «актуальное тело».

7. Далее нужно попросить сегодняшнего клиента пойти к себе — «более молодому» и уверить его (себя) в том, что он из будущего, что травматическое событие успешно пережито, что он справился с ним, и что у него есть силы и ресурсы преодолеть любые трудности и преграды.

8. Когда сегодняшний клиент убедится в том, что тот, «более молодой», его понимает, клиент должен интегрировать себя молодого в себя настоящего.

После этой процедуры событие боевого прошлого будет вспоминаться диссоциированно, в нем «молодое Я» клиента будет более ресурсным, а ситуация утратит травматичность.

Ограниченность рассмотренной методики состоит в том, что не все ветераны боевых действий, находящиеся в состоянии тяжелых воспоминаний, способны совершать сложные мысленные и эйдетические операции, длительное время удерживать внимание на представляемых объектах. В этом отношении более универсальной психотехникой является «Десенсибилизация и переработка движением глаз» (ДПДГ) (англ. — «Eye Movement Desensitization and Reprocessing» (EMDR)) — метод

психотерапии, разработанный американской писательницей Френсин Шапиро[1].

ДПДГ включает элементы психодинамического, экспозиционного подходов, когнитивной, интерперсональной и телесно-ориентированной психотерапий, интегрированных с билатеральной стимуляцией («маятниковые» движения глаз, звуковая или тактильная стимуляция).

Шапиро полагает, что переживаемый человеком травматический опыт, или дистресс, может блокировать работу его механизмов совладания. Из-за этого память и стимулы, ассоциирующиеся с травматическим событием, перерабатываются неэффективно и сохраняются в памяти в не переработанном виде.

Основатель гештальтпсихотерапии Ф. Перлз подчеркивал, что информация о травматическом событии должна быть «пережевана», «проглочена» и «переварена». В противном случае она постоянно будет вызывать неприятные ощущения (подобно тому, как не пережеванная пища может вызывать тошноту, рвоту, вздутие, запоры и т. д. — *прим. авт.*).

Цель ДПДГ — переработать воспоминания, мысли, кошмарные сновидения о травматической ситуации (образ ситуации), телесные ощущения («сердце замерло или забилось», «появился комок в горле», «дыхание перехватило») и отношение к себе («я сам виноват», «чего я могу еще ожидать»?), вызываемые травматическими воспоминаниями.

Есть разные мнения о механизмах ДПДГ. Шапиро говорит о том, что движения глаз запускают неврологические и физиологические изменения, которые способствуют переработке травматических воспоминаний и снов. Другие специалисты полагают, что движения глаз не являются необходимым элементом помощи, и ДПДГ является одной из форм десенсибилизации (десенситизации), то есть снижения чувствительности к беспокоящим событиям и объектам. По нашему мнению, билатеральная стимуляция накладывается на травматические воспоминания во время сеансов и последние возвращаются в нейронную сеть мозга не такими, каковыми они были перед сеансом, а «растушеванными», в значительной

[1] См.: *Шапиро Ф.* Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры / пер. с англ. А. С. Ригина. М. : Независимая фирма «Класс», 1998.

мере «стертыми». В ДПДГ билатеральные стимулы (движение рук психолога, его прикосновение к рукам клиента, звуковые стимулы) играют роль «ластика», который слой за слоем стирает извлеченную из памяти «картинку» о травматическом событии.

Методика проведения ДПДГ (вариант)

Процедура ДПДГ проводится в 8 этапов.

1-й этап. Выявляется история клиента, его готовность к работе, травматические воспоминания-«мишени» и планируется процедура психологической помощи.

2-й этап. Установление раппорта с клиентом, разъяснение сущности метода.

3-й этап. Выявление того, что беспокоит клиента в настоящий момент. На сколько баллов по 10-бальной системе выражены тревога, страх, неуверенность и т. д.

4-й этап. Десенсибилизация и переработка травматических воспоминаний.

Клиента просят вызвать и удерживать в сознании воспоминание о травматической ситуации и одновременно, на первом плане, наблюдать за движением пальцев психолога (от одного края визуального поля до другого), которыми он выполняет горизонтальные движения слева направо на удалении примерно 30 см от глаз клиента. Клиент, наблюдая за движениями психолога, мысленно как бы «подставляет» травматический образ под этот движущийся «ластик». Вместо движения пальцами рук психолог может попеременно прикасаться к кистям рук клиента или производить щелчки пальцами слева и справа от клиента. Это показано в случаях, когда клиент плохо видит или испытывает неприятные ощущения при движении глаз. Выполнив 24 цикла (движение влево и вправо)[1], психолог предлагает клиенту сделать несколько полных вдохов и выдохов, «стряхнуть» напряжение, расслабиться и рассказать о своих ощущениях, особенно о том, что происходило с образом травматического события.

После этого аналогичным образом прорабатываются телесные ощущения (5-й этап), а затем и неуверенность, чувство вины и другие паттерны негативных отношений клиента к себе (6-й этап). После проработки чувств, телесных ощущений и самоотношения оценивается, на сколько баллов снизились негативные ощущения и переживания.

---

[1] В сложных случаях — до 36 и более циклов.

7-й этап. Психолог предлагает клиенту выполнить несколько релаксационных процедур.

8-й этап. Подвести итог, обобщить то, что и на сколько баллов, по мнению клиента, изменилось в его воспоминаниях о травматическом прошлом, укрепить его уверенность в надежности изменений.

Методы и техники психологической работы с симптомами избегания

Избегание (ограничение контактов с социальным и «вещественным» окружением, различные формы самоизоляции) является защитной реакцией ветерана боевых действий на душевную боль, испытываемую при повторных переживаниях травматических событий, а также на недоброжелательность и безразличие окружающего мира. Выраженной и болезненной формой избегания являются фобии — выученный страх, являющийся причиной большинства форм неадаптивного поведения. Существует множество видов фобий: *клаустрофобия* — боязнь закрытых помещений, *агорафобия* — страх перед открытыми пространствами, *авиафобия* — боязнь полета в воздушных транспортных средствах, *айхмофобия* — боязнь острых предметов, *алгофобия* — боязнь боли, *гипсофобия* — боязнь высоты, *нозофобия* — боязнь болезней и т. д.

В практике психологической помощи ветеранам боевых действий с симптомами избегания свою эффективность доказали методы экспозиционной психотерапии. Экспозиционная психотерапия — ветвь когнитивно-поведенческой терапии, предполагающая целенаправленное и планомерное подвергание клиента страху, вызываемому объектом фобии, что ведет к избавлению от симптома. Среди психотехник экспозиционной терапии наиболее часто используются «Систематическая десенсибилизация»[1] и иммерсионные психотехники, в частности «Наводнение».

Психотехника «Систематическая десенсибилизация»

Данная психотехника разработана южноафриканским терапевтом Джозефом Вольпе, служившим офицером медицинской службы Южноафриканской армии в годы Второй мировой

[1] *Wolpe J.* Experimental neuroses as learned behavior // British J. Psychol. 1952. № 43. P. 243—268.

войны. Вольпе, проводя эксперименты по схеме формирования условного рефлекса И. П. Павлова, установил, что сочетанный с фобией приятный стимул, ведет к угасанию страха. Он делал упор на поведенческом принципе противообусловливания, гласящего, что человек может преодолеть тревожность и фобию, вызванные ситуацией или предметом, путем постепенного приближения к вызывающим страх ситуациям, нивелируя возникающую при этом тревогу релаксацией. То есть страх может быть подавлен, если объединить во времени стимулы, вызывающие страх, и стимулы, антагонистичные страху. К таким противообусловливающим стимулам относится релаксация.

Психотехника проводится в *три этапа*: *первый этап* — овладение компактной методикой мышечной релаксации (укороченная техника НМР Джекобсона, техника «Рефлекторное расслабление» и т. д.); *второй этап* — составление клиентом иерархии ситуаций (лестницы страха), вызывающих страх; *третий этап* — собственно десенсибилизация (постепенное, пошаговое мысленное прохождение психотравмирующей ситуации с релаксацией при возникновении чувства страха).

Клиент воображает ситуацию 5—7 секунд, затем устраняет возникшую тревогу путем усиления релаксации. Релаксация длится до 20 секунд. В течение одного занятия отрабатываются 3—4 ситуации (проходится 3—4 шага по лестнице страха) из списка.

Техника «Систематическая десенсибилизация» может выполняться не только в воображении, но и в реальной обстановке («invivo»).

В целях коррекции страхов наряду с методикой систематической десенсибилизации применяются методы «иммерсии» (затухание, угасание, погружение).

Иммерсионные психотехники основываются на коррекции страхов посредством прямого предъявления клиенту объекта страха без предварительной релаксации. В основе этих методов лежит механизм угасания, открытый И. П. Павловым, по которому предъявление условного стимула без подкрепления ведет к элиминации безусловной реакции. В отличие от методики систематической десенсибилизации здесь человек *прямо и быстро* сталкивается *с самым мощным стимулом страха*, удерживается в состоянии страха *длительное время* (примерно 45 мин.), *без релаксации*. Более того, если страх снижается, психолог может дополнительно усилить его. К иммерсионным техникам чаще всего относят техники: «Наводнение», «Имплозия» и «Парадоксальная интенция». Рассмотрим первые два из них.

Психотехники «Наводнение» и «Имплозия»

Психотехника «*Наводнение*» состоит в том, что клиента после разъяснения сущности процедуры помещают в реальную ситуацию, вызывающую страх (например, предъявляют предмет страха), удерживают в ней длительное время, что дает возможность страдающему фобией убедиться в том, что возможные негативные последствия (например, смерть от контакта с режущим предметом) не наступают. Для этого клиент должен находиться в состоянии переживания страха как можно дольше и испытывать как можно более сильный страх.

Психолог должен оценивать состояние клиента, удерживать его в состоянии страха, при необходимости усиливать переживание страха, побуждать активность клиента в ходе сеанса. В результате страх, не получая подкрепления в виде ожидаемой смерти, угасает.

Те же процедуры, выполняемые мысленно, составляют психотехнику «*Имплозия*».

В последнее время в зарубежных армиях разрабатываются методы экспозиционной психотерапии с использованием технологий виртуальной реальности типа «*Виртуальный Ирак*». Суть его состоит в том, что клиент вместе с психологом и программистом разрабатывают виртуальный аналог навязчивой травматической или фобической ситуации. Затем клиент в виртуальном пространстве проживает беспокоящую ситуацию по схеме «Систематической десенсибилизации» «in vivo» или «Наводнения».

Методы и техники психологической работы с негативными когнитивными и эмоциональными переживаниями

Для проработки негативных мыслей и эмоций ветеранов боевых действий, переживших травматические ситуации, используются рациональная, когнитивная, эмоционально-рациональная, поведенческая психотерапия, нервно-мышечная релаксация, аутотренинг, экспресс-приемы психической саморегуляции. В последнее время в этих целях активно используется «Метод кейсов» («Кейс-стадинг», «Кейс стади»). Экспресс-приемы психической саморегуляции рассмотрены в гл. 3. В данной главе мы рассмотрим «Метод кейсов».

Метод кейсов — активный проблемно-ситуационный метод, основанный на обретении опыта продуктивного мышле-

ния и поведения путем решения конкретных задач — ситуаций (кейсов). Особенностью метода является то, что клиенту не транслируются готовые ресурсные знания, а побуждается его собственная активность по нахождению верных схем мышления и деятельности в стрессовых ситуациях. Достоинством метода является то, что назидательность психолога (преподавателя) здесь заменяется активностью клиента по уточнению образов различных социальных ситуаций.

Центральным звеном метода является *кейс* (случай) — описание стрессовой ситуации из жизни ветерана боевых действий.

Разработка кейсов

Осуществляется по следующей траектории.

1. Составляется перечень дезадаптивных социальных ситуаций в жизни ветерана боевых действий на основе опроса ветеранов, членов семей, экспертов (или выбирается конкретная стрессовая ситуация). Ситуации могут касаться семьи, друзей, работы, образования, хобби и т. д.
2. Осуществляется краткое описание ситуаций.
3. Описываются четыре варианта возможного поведения ветерана в подобной ситуации.
4. Разрабатываются варианты «обратной связи», описание возможных последствий выбора того или иного варианта поведения и выделяется «правильный» с точки зрения других ветеранов и экспертов вариант.

Пример кейса, ориентированного на «Детско-родительские отношения»

Военнослужащий Константин возвратился из длительной командировки, в ходе которой он выполнял ряд специальных задач, связанных с угрозой его жизни и здоровью. За время несения службы в месте ведения боевых действий он проявил выносливость, психологическую устойчивость, дисциплинированность и умение самостоятельно выходить из сложных ситуаций.

С предвкушением радостной встречи с родными и близкими Константин торопился домой, где его ждала семья: жена Галина, сын Андрей 14 лет и дочь Мария 6 лет.

Войдя в привычную колею мирной жизни на службе, в семье Константин начал замечать, что сын стал его сильно раздражать своей самостоятельностью. Андрей, увлеченно помогал матери: водил в детский сад младшую сестру, совершал необходимые покупки и выполнял ряд хозяйственных работ, которые прежде

были обязанностью Константина. Галина в свою очередь хвалила Андрея за старания каждый день, что еще больше не нравилось отцу.

Постепенно к чувству раздраженности и недовольства поведением сына у Константина добавились ощущение собственной невостребованности и мысли о его ненужности в семье. Он начал думать, что ему предпринять для того, чтобы вернуть «те времена, до командировки», чтобы жить «как прежде».

Задание: решите, что бы Вы сделали на месте Константина?

1. Обратились за консультацией к психологу.
2. Указали сыну его место в семье. Сказали бы ему, что его главная обязанность — хорошо учиться в школе, а со своими обязанностями родители справятся сами.
3. Потребовали от жены, чтобы она разобралась с сыном, и чтобы «жить как прежде».
4. Предложили сыну вместе с ним выполнять возложенные на него «взрослые» обязанности.

Обратная связь

Вы выбрали решение № 1. Такой выбор предполагает, что вы подойдете к решению проблемы с осознанием своей ответственности за последующее развитие событий и необходимости принять полученную от психолога информацию к сведению при дальнейшем выстраивании отношений и в семье.

Психолог может разъяснить вам закономерности существования и развития семейных систем, особенности развития личности подростка, предложить рекомендации по взаимодействию с ребенком в сложившейся ситуации.

Вы выбрали решение № 2. Это категорически неверный ответ. Такие действия могут вызвать протестное поведение сына, учитывая его возрастные особенности («маленький взрослый», «бунтующий подросток»). Сын может перестать выполнять не только домашние обязанности, но и забросить учебу. Так постепенно угаснет желание вообще быть активным. Помимо этого, такими действиями можно разрушить эмоциональную связь между собой и сыном, развить у сына «комплекс непринятия», лишить его ощущения семьи, спровоцировать чувство одиночества.

У взрослых больше знаний, способности контролировать себя, больше жизненного опыта, чтобы решать возникающие трудности конструктивно, поэтому не стоит собственные трудности переводить в трудности своих детей.

Вы выбрали решение № 3. Это неверный выбор. «В одну и ту же реку дважды не войти», требование, «вернуть как было»

по отношению к данной ситуации еще и неразумно. Развитие и, соответственно, изменение детей — и есть цель их воспитания. Пресечение матерью инициативы сына по исполнению ранее вверенных ему ею же обязанностей может вызвать множество неприятных последствий: начиная от негативных эмоциональных реакций и переживаний сына (недоумения, обиды, злости и т. д.) до логично сформированных такими действиями родителей «лени», «несознательности» и «эгоизма» подростка как результата недопущения до домашних дел, «забитого» желания быть активным.

Вы выбрали решение № 4. Это правильный ответ. Ваша включенность в жизнь семьи возобновит у вас ощущение востребованности. Во время совместной работы сына с отцом возникнет повод для общения, и вновь будет восстановлена эмоциональная связь между ними.

Совместное выполнение дел даст возможность сыну постепенно «вернуть» некоторые обязанности вам и сделать собственный выбор того, что ему «по плечу», а выполнение каких дел пока еще следует оставить за взрослыми.

Методы и техники психологической работы с симптомами гипермобилизации

Симптомы ПТСР, входящие в симптомокомплекс гипермобилизации, дестабилизируют нормальное психофизиологическое и социально-психологическое функционирование ветеранов боевых действий. Они могут нарушать сон, вызывать затруднения с сосредоточением внимания, болевые ощущения, повышенный уровень тревожности и напряженности, гипербдительность, гипертрофированную реакцию испуга и т. д.

Для регуляции симптомов гипермобилизации используются методы нормализации сна, снижения психической напряженности, купирования болевых ощущений.

Например, *нормализация сна* связана с выполнением требований, касающихся психогигиены сна (ложиться в одно и то же время, проветривать помещение, не употреблять спиртные и возбуждающие напитки, не курить за 2—4 часа до сна, за 1—2 часа до сна не работать интенсивно на компьютере, не смотреть бодрящие телепередачи, не заниматься активной физической деятельностью и т. д.).

Кроме этого, важно правильно вычислить так называемое «окно сна», то есть фактическое время сна, и свести общее вре-

мя нахождения в постели к временной продолжительности «окна сна».

Психическая напряженность снижается с помощью нервно-мышечной релаксации (по Э. Джекобсону), аутотренинга (по И. Шульцу), экспресс-приемов психической саморегуляции, методов, основанных на технологии биологической обратной связи, технологии виртуальной реальности. В последнее время приобретает популярность устройство в виде электронного пластыря, который крепится ко лбу ветерана, страдающего бессонницей, который посредством электрического поля воздействует на тройничный нерв и отдельные области головного мозга. Эффект от действия устройства наблюдается уже через пару недель.

Купирование боли осуществляется с помощью приемов психической саморегуляции «Обезболивающее дыхание», «Изменение образа боли», «Отвлечение» и др.[1]

Таким образом, процесс психологической помощи ветеранам боевых действий с симптомами ПТСР — сложный и многогранный. Военный психолог может реально столкнуться с психореабилитационными задачами в случае участия российских войск в войне средней и высокой интенсивности. В психологической науке и практике разработаны и апробированы различные методы, техники и приемы индивидуальной психологической работы по купированию симптомов ПТСР. Необходимо отчетливо понимать, что достижение купирования симптомов — это не простая задача. От психолога требуются профессионализм, терпение, искусство оценивать эффективность используемых психотехник и маневрировать ими в процессе психологической помощи.

Литература

1. *Караяни, А. Г, Сыромятников, И. В.* Прикладная военная психология. — СПб. : Питер, 2006.

2. *Караяни, А. Г., Корчемный, П. А.* Психологическая помощь военнослужащим в экстремальных условиях. — М. : Изд-во ВУ, 2010.

---

[1] См.: *Караяни А. Г., Полянский М. С., Кутьинов В. И.* Психологическая реабилитация инвалидов войны : учеб. пособие // Психологическая реабилитация участников боевых действий / под общ. ред. А. Г. Караяни. М. С. Полянского. М. : Изд-во Военного университета, 2003 ; *Караяни А. Г., Сыромятников И. В.* Прикладная военная психология.

3. *Караяни, А. Г.* Военная психология. В 2 ч. Ч. 2 : учебник и практикум для вузов. — М. : Издательство Юрайт, 2016.
4. *Караяни, А. Г., Караяни, Ю. М.* Психологическая помощь военнослужащим в боевой обстановке. — М. : Изд-во ВУ, 2016.
5. *Малкина-Пых, И. Г.* Экстремальные ситуации : справочник практического психолога. — М. : Эксмо, 2005. — С. 276.
6. Психологическая реабилитация участников боевых действий : учеб. пособие / под общ. ред. А. Г. Караяни, М. С. Полянского. — М. : Изд-во ВУ, 2003.
7. *Шапиро, Ф.* Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры / пер. с англ. А. С. Ригина. — М. : Независимая фирма «Класс», 1998.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Какие задачи решаются в процессе индивидуальной психологической помощи при работе с ветеранами боевых действий с симптомами ПТСР?
2. За счет каких факторов осуществляются изменения в психике и личности клиента?
3. Какие методы используются для психологической помощи при различных симптомокомплексах ПТСР?

Практические задания

1. Попробуйте мысленно проиграть с самим собой в качестве клиента психотехнику «Трехместная визуально-кинестетическая диссоциация». Затем поставьте стулья и проиграйте эту психотехнику с воображаемым клиентом. После этого в роли психолога проработайте психотехнику с реальным «клиентом» (сослуживцем, членом семьи). Обратите особое внимание на этапы диссоциации и ассоциации клиента и моментов, требующих наложения якорей.
2. Представьте, что к вам, психологу воинской части, обратился ветеран с жалобой на боязнь режущих предметов (айхмофобия). Вы решили оказать ему помощь с использованием психотехники «Систематическая десенсибилизация». Составьте иерархию страхов для этой ситуации.
3. К вам, психологу воинской части, обратился ветеран боевых действий с жалобой на ночной кошмар. Попробуйте мысленно проиграть психотехнику «Диалог со сном» одновременно за клиента и психолога. Попытайтесь сделать не менее 5 циклов (цикл — 1 смена ролей «клиент» и «сон»).

Глава 6
МЕТОДЫ ГРУППОВОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

6.1. Сущность, психологические механизмы, принципы и виды групповой психологической помощи ветеранам боевых действий

Методы групповой психологической работы с ветеранами боевых действий находят все более широкое применение в практике работы военных психологов. В группы психологической помощи вовлекаются ветераны с кризисом реадаптации (психологическими трудностями возвращения в мирный социум) и симптомами ПТСР.

К **видам групповой психологической работы** с ветеранами боевых действий можно отнести рэп-группы, мультимодальную семейную терапию[1] и реабилитационный тренинг.

В наше время групповые методы работы активно используются военными психологами в целях оказания психологической помощи участникам боевых действий. В том или ином виде они применялись для оптимизации общения ветеранов боевых действий с социальным окружением (Р. А. Абдурахманов)[2], психологической реабилитации инвалидов боевых действий (А. Г. Караяни, Ю. М. Караяни)[3].

---

[1] См.: *Съедин С. И., Абдурахманов Р. А.* Психологические последствия воздействия боевой обстановки. С. 48—51.

[2] См.: *Абдурахманов Р. А.* Психологические трудности общения и их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане : дис. ... канд. психол. наук. М., 1994.

[3] См.: *Караяни А. Г., Волобуева Ю. М., Дубяга В. Ф.* Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий. М., 2007.

Наиболее широкое применение в практике групповой психологической работы находят различные виды группового тренинга. Рассмотрим вариант реабилитационного (Я-гармонизирующего) тренинга (А. Г. Караяни и Ю. М. Караяни (Волобуева)[1]).

Практика показывает, что именно групповой тренинг обладает характеристиками, которые позволяют широко использовать его в психологической работе с ветеранами боевых действий, переживающими кризис реадаптации и страдающими отдельными симптомами ПТСР, а также с ранеными и инвалидами. Какие это характеристики?

Во-первых, тренинг позволяет избежать пресловутой маскулинной установки участников боевых действий на избегание психологической помощи из-за страха прослыть «слабаком» или «психом» (стигма). Реабилитационный тренинг, проводимый под легендой тренинга личностного роста или тренинга коммуникативной компетентности, позволяет преодолеть эту установку.

Во-вторых, архитектоника и методика проведения тренинга позволяют вовлекать в тренинговые группы как ветеранов боевых действий, испытывающих различные проблемы, так и других лиц. Это приближает состав тренинговой группы к структуре социума, окружающего ветеранов, что способствует ускорению их социальной реадаптации.

В-третьих, изучение показывает, что среди психологических проблем ветеранов боевых действий значительное место занимают проблемы их взаимодействия с «мирным» социальным окружением. Тренинг помогает оперативно элиминировать эти проблемы.

Под **реабилитационным тренингом** понимается организованное в специальных группах взаимодействие ветеранов боевых действий, ориентированное на оказание взаимопомощи в разрешении личностных проблем, связанных с их участием в боевых действиях и последующей реадаптацией, в личностном самосовершенствовании и повышении эффективности их социального функционирования. Реабилитационный тренинг включает элементы тренинга личностного роста, тренинга социальных умений и групповой психотерапии.

---

[1] См.: *Караяни А. Г., Волобуева Ю. М., Дубяга В. Ф.* Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий.

Для понимания особенностей и содержания реабилитационного тренинга необходимо представить в виде модели **предмет тренинга**, то есть психическое явление или комплекс таких явлений, которые трансформировались под воздействием боевых стресс-факторов и деструктивных факторов социально-психологической реадаптации и требуют гармонизации.

Психологические последствия боевой психической и физической травмы производят глубокие изменения в личности человека, в системе его связей и отношений с окружающим социальным миром. Нередко посттравматические трансформации сопровождаются дегармонизацией представлений личности о себе, своем месте в микро- и макро-социуме, оценки своих достоинств и недостатков, стиля отношения к самому себе. Другими словами, значимым изменениям подвергается Я-концепция человека, получившего боевую психическую и физическую травму. Именно комплекс таких изменений и составляет то, что можно назвать **моделью** психологических последствий травматизации. Выявлено, что дегармонизация Я-концепции в данном случае идет по четырем основным линиям: 1) происходит рассогласование таких важных модальностей личности, как Я-реальное, Я-идеальное и Я-социальное; 2) нарушается временная протяженность представления личности о себе, своем жизненном пути (человек может «зацикливаться» на прошлом или будущем в ущерб настоящему); 3) усиливается тенденция перекладывать ответственность за свою жизнь и судьбу на окружающих; 4) снижается уровень жизненных целей[1].

В связи с этим кардинальным условием психологической реабилитации ветеранов боевых действий с боевой физической и/или психической травмой, интеграции их в социум и достижения их эффективного личностного и социального функционирования является решение **задач**:

1) гармонизация (согласование, преодоление противоречивости) Я-концепции;

2) восстановление временной целостности Я-концепции;

3) усиление активности и целевой определенности Я-концепции;

---

[1] См.: *Караяни А. Г., Волобуева Ю. М., Дубяга В. Ф.* Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий.

4) усиление интернальных тенденций в осмыслении и осуществлении своей жизни[1].

Основными **методами** решения этих задач являются групповая дискуссия, ролевая игра, психотехнические упражнения.

1. *Групповая дискуссия* — непрерывный, не регламентированный обмен мнениями между членами группы, в ходе которого создается возможность рефлексии своих неосознанных проблем, внутренних противоречий, являющихся причинами трудностей в общении.

Исследования К. Левина в годы Второй мировой войны показали, что групповое обсуждение проблем примерно в 10 раз более эффективно в плане побуждения людей к изменению своего поведения, чем убеждение лекционного типа.

2. *Ролевая игра* — организованное межличностное или групповое взаимодействие участников, в котором поведение каждого определено заданной ролью. В ролевой игре возможно создание двух важнейших составляющих — необходимого эмоционального тонуса и необходимой мотивации. Преимуществами ролевой игры являются: возможность многократного повторения действий и «доведения» их до нужной кондиции; возможность периодической смены партнеров и ознакомления с их опытом решения «ветеранских» психологических проблем; психологическая защищенность и комфорт.

3. *Психогимнастика* — многоцелевые психологические упражнения и приемы, нацеленные: на снятие барьеров психологической защиты; вовлечение участников в групповую работу с полной эмоциональной включенностью; психоэмоциональную разминку перед участием в более сложных формах групповой работы; диагностику, развитие и коррекцию умений.

К **коррегирующим механизмам** реабилитационного тренинга относятся общие психологические механизмы групповой работы: обратная связь, конфронтация, осознание и эмоциональное переживание неадекватности, эмоциональная поддержка группы[2], плацебо-эффект.

---

[1] См.: *Караяни А. Г., Волобуева Ю. М., Дубяга В. Ф.* Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий.

[2] См.: Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб. : Питер, 2002. С. 379.

Функционирование реабилитационного тренинга строится на соблюдении тех же принципов, что и в любом групповом тренинге. К таким **принципам** относятся: *принцип активности и обратной связи* (позитивные изменения происходят лишь у тех участников, которые активно предъявляют себя группе и получают обратную связь); *принцип «открытия»* (необходимые для жизни знания не получаются от психолога, а «добываются», «открываются» участниками); *принцип доверительности и конфиденциальности* (участники не распространяют информацию о событиях тренинга за его пределами); *принцип «Здесь и теперь»* (в ходе тренинга обсуждению подлежит лишь то, что происходит в процессе групповой работы); *принцип безоценочности* (в ходе тренинга никто никому не дает оценок); *принцип «антисоветизма»* (участники не дают друг другу советов, а демонстрируют свои варианты действий или решения проблем).

Опыт показывает, что **состав группы** должен обеспечивать решение тренинговых задач в наличное время. Как правило, он ограничивается 6—15 участниками. Однако могут быть и исключения. Во всяком случае, используемые технологии должны обеспечивать активное участие в тренинговых процедурах всех членов группы.

Опыт так же показывает, что на групповой работе позитивно сказывается гетерогенность по гендерному признаку и по отрабатываемым на тренинге проблемам участников. Нецелесообразно включать в состав тренинговых групп лиц, находящихся в отношениях субординации, и людей, относящихся к разным поколениям.

Формами тренинговых сессий могут быть: *«полное погружение»* (непрерывные сессии в течение суток и более с отрывом от службы и работы); *«регулярные встречи»* (строго определенные программой тренинга 1—1,5-часовые и более продолжительные занятия, проводимые с частотой не менее 2 раза в неделю); *«эпизодические встречи»* (встречи по запросу участников или заранее запланированные сборы для «поддержания» сформированных навыков и решения вновь возникших у членов группы проблем).

Из существующих в практике проведения групповой работы **стилей руководства** группой (авторитарный, демократический, либеральный стили) в условиях военной службы наи-

более подходящим является авторитарный стиль. Это связано с четкой заданностью времени на проведение сессий и сформированной у военнослужащих привычкой к организованности и порядку.

Каждая тренинговая сессия, как показывает наш опыт, должна включать такие **структурные элементы**, как психологическая разминка, коррекционно-развивающая часть, психогигиенический блок, заключительная часть.

Психологическая разминка предназначена для создания в группе обстановки психологической безопасности, раскрепощенности, комфорта. Она, как правило, включает взаимное приветствие членов группы, выполнение разминочных психогимнастических упражнений, опрос и диагностику самочувствия, настроя участников, опрос о выполнении домашнего задания.

Развивающе-коррекционная часть нацеливается на решение общих психологических проблем членов группы или личных психологических проблем участников, выявленных при анонимном составлении банка проблем. Она предполагает выполнение психодиагностических, коррекционных и развивающих техник, упражнений, ролевых игр, дискуссий и т. п.

Психогигиенический блок предназначен для снятия неактуального психического напряжения у участников и выработки у них навыков психической саморегуляции и поддержания психического и соматического здоровья. В рамках данного блока участники обучаются и практически выполняют приемы психической саморегуляции.

Заключительная часть предполагает более глубокое осознание и закрепление личностных изменений и навыков эффективного поведения в социуме. Для этого проводятся подведение итогов занятия, проговаривание и фиксация изменений в состояниях и способах поведения участников, выдача домашних заданий.

Для проведения тренинга необходимо простейшее **материально-техническое обеспечение**: изолированное просторное помещение, допускающее маневр мебелью; удобные стулья; видеосистемы (компьютер с проектором или телевизор с видеоплеером); канцелярские принадлежности; секундомер, английские булавки.

Таким образом, сессии реабилитационного тренинга строятся по вполне определенной траектории, на логически обо-

снованных этапах, с использованием конкретных приемов и соблюдением организационно-методических принципов.

6.2. Технологии выполнения задач реабилитационного тренинга

Психотехнологии восстановления временной целостности Я-концепции[1]

Я-концепции некоторых ветеранов боевых действий характеризуются выраженной направленностью личности в прошлое, что мешает им жить в настоящем, наслаждаться реальной жизнью, продуцировать мечты и надежды и достигать их.

Коррекция временной протяженности личности осуществляется комплексом психотехнических средств, порождающих интенсивную рефлексию, содержащих психологические механизмы обратной связи и конфронтации.

В этих целях могут использоваться психотехники «Рефлексия линии жизни» и «Сравнение линий жизни».

Психотехника «Рефлексия линии жизни» позволяет выявить направленность линии жизни во временном (темпоральном) пространстве, наличие комплексов, перспектив на будущее. Она выполняется следующим образом[2]. Участникам раздаются листы стандартной бумаги и дается следующая инструкция: «Поставьте в левой стороне листа точку. Это момент вашего рождения. Вправо от этой точки поведите линию. Это линия вашей жизни. Отметьте на линии точками важнейшие события (положительные и отрицательные) вашей прошлой, настоящей и будущей жизни. Поставьте реальные или предполагаемые даты этих событий.

Через точку "Рождение" проведите перпендикулярную линию, так, чтобы она начиналась на 6 см выше этой точки

---

[1] В данном учебном пособии приведены лишь примеры психотехник и приемов, используемых в реабилитационном тренинге. Подробнее см.: *Караяни А. Г., Волобуева Ю. М., Дубяга В. Ф.* Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий ; *Волобуева Ю. М.* Социально-психологическая коррекция Я-концепции инвалидов боевых действий : дис. ... канд. психол. наук. М., 2009.

[2] Методика адаптирована из: Сколько вам лет? Линии жизни глазами психолога / под ред. А. А. Кроника. М., 1993.

и заканчивалась на 6 см ниже ее. Отметьте на этой линии вверх интервалы шагом в 1 см, и обозначьте их баллами вверх от +1 до +5 и вниз — от –1 до –5. Это будет оценочная шкала.

Оцените значимость (положительную или отрицательную) каждого из отмеченных вами жизненных событий по пятибалльной шкале и поставьте точку выше или ниже линии жизни напротив соответствующего значения оценочной шкалы. Далее соедините все точки одной линией. Вы получили своеобразный событийный "портрет" или "профиль" вашей жизни.

Теперь вертикальными линиями отграничьте прошлое, настоящее и будущее, так как Вы себе это представляете».

После того, как участники тренинга нарисуют свои «линии жизни», листы с рисунками последовательно пускаются по кругу и осуществляется их групповое обсуждение. Участники тренинга задают каждому автору рисунка вопросы, заставляющие его задумываться о своей жизни. Особо побуждающими к самоосмыслению являются, как показывает практика, следующие вопросы.

1. Почему ты не нарисовал будущее?
2. Ты сейчас где? В настоящем или прошлом?
3. У тебя, правда, нет радостных событий в настоящем?
4. Сколько лет еще собираешься жить? В пустоте, без событий?
5. Можно ли посвятить всю жизнь прошлому?
6. Как ты считаешь, зачем ты живешь, какова твоя жизненная миссия и т. д.

В ходе осмысления ответов на эти вопросы участники тренинга, может быть впервые в жизни, задумываются о смысле своего существования, о своей жизненной миссии. Сравнение своих ответов с ответами на аналогичные вопросы других участников тренинговой группы может порождать эффект конфронтации. Такая конфронтация вызывает эмоциональное переживание, стремление найти выход в иную, наполненную смыслом, жизнь. Кстати, задающие вопросы участники тренинга, незаметно для себя, включаются в рефлексию собственной линии жизни.

Некоторые ветераны боевых действий говорят о том, что «весь мир против них», что «один в поле не воин», что «ничего уже в жизни добиться нельзя». По их мнению, будущее «мрачно», а прошлое — это «убежище» от настоящего. В таком случае проводится психотехника «Сравнение линий жизни».

Методика проведения психотехники «Сравнение линий жизни»

В психотехнике «**Сравнение линий жизни**» «линия жизни», разработанная конкретным участником тренинга, сравнивается с двумя «линиями жизни» всемирно известных участников боевых действий, переживших тяжелые ранения и травмы, но нашедших в себе силы преодолеть их последствия и добиться высоких результатов в военной, социальной и политической сферах.

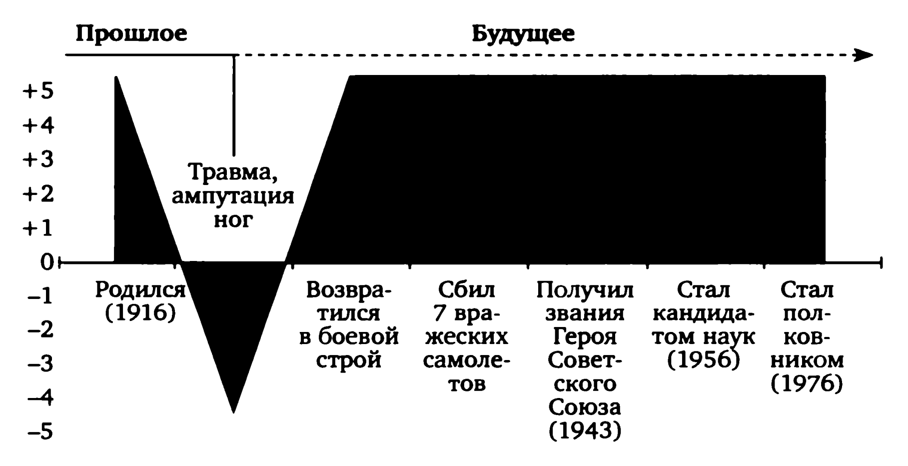


Рис. 6.1. **«Линия жизни» А. П. Маресьева**

На рис. 6.1 приведена «линии жизни» Алексея Петровича Маресьева, потерявшего во время Великой Отечественной войны обе ноги, но сумевшего вернуться в боевой строй и одержать семь побед над вражескими летчиками, получившего звание Героя Советского Союза, защитившего кандидатскую диссертацию. Она может выступить своеобразной системой координат для сравнения с «линией жизни» любого участника тренинга. Для такого сравнения можно использовать «линии жизни» М. И. Кутузова[1], Г. Нельсона и др.

После совмещения этих рисунков осуществляется их групповое обсуждение. Оно строится вокруг вопросов членов группы:

— чем отличаются данные «линии жизни»?

— какая из них нравится больше? Почему?

— чтобы хотелось изменить в своей «линии жизни»? Почему?

Затем участнику представляется возможность внести изменения в свою «линию жизни». Практика проведения реабилитационного тренинга с ветеранами и инвалидами боевых дей-

[1] См.: *Караяни Ю. М.* Социально-психологическая реабилитация инвалидов боевых действий : дис. ... докт. психол. наук. М., 2016. С. 248—249.

ствий свидетельствует о том, что после группового обсуждения у значительного числа участников (от 42 % до 61 %) появлялось желание дорисовать будущее, так как раньше оно отсутствовало, насытить будущее какими-либо событиями (дать образование детям, купить автомобиль, получить воинское звание, должность, образование и т. п.), внести новые события в прошлое, изменить соотношение между Я-прошлым, Я-настоящим и Я-будущим. Таким образом, у людей выстраивается, создается, появляется будущее, а следовательно, и надежда, вера в собственные возможности и т. д. А это значит, что применяемые процедуры тренинга оказываются достаточно эффективными для решения задачи интеграции временного модуса и переориентации его в будущее.

Психотехнологии коррекции активности личности

Корректировать личностные качества, которые складывались на протяжении всей жизни человека, задача затруднительная. Однако помочь человеку осознать причины многих своих проблем и ресурс их преодоления вполне возможно. Важно помнить о том, что знание о причинах проблем и ресурсах их преодоления создает мотивацию на использование этого ресурса.

Степень активности личности в значительной мере связана с уровнем ее субъективного контроля, отражающим то, кто рассматривается ею в качестве источника собственной активности и кто несет ответственность за ее успехи и поражения (сам человек или его социальное окружение).

Ролевая игра «Сон в летнюю ночь»

Для познания различий между интернальной и экстернальной стратегиями самовосприятия и поведения А. Г. Караяни и Ю. М. Караяни разработана ролевая игра «*Сон в летнюю ночь*» (по известной комедии В. Шекспира). Суть игры состоит в следующем. Один из участников по команде ведущего «крепко засыпает» (закрывает глаза). Назначается группа «шутников», которые выходят из аудитории с задачей придумать новую, необычную личностную историю спящего. Группа возвращается в аудиторию, будит «спящего» и демонстрирует по отношению к нему определенное ролевое поведение (как будто он... «президент», «командир», «профессор», «нищий», «бомж» и т. д.). Задача «проснувшегося» угадать свою новую ипостась и ответить на нее адекватным поведением.

Остальные члены тренинговой группы выступают в роли наблюдателей, пытаясь определить роли игроков.

Затем организуется групповое обсуждение игры по блокам.

1. С «проснувшимся» обсуждаются его впечатления и ощущения от «навязывания» несвойственной ему социальной роли; насколько в реальной жизни социальное окружение может внушать нам социальные роли и побуждать к их выполнению?

2. С группой «шутников» обсуждаются их мысли и чувства, связанные с игрой; выводы, сделанные для себя из игры.

3. С остальными членами группы определяются пути «защиты» от манипулирования их поведением со стороны социального окружения.

Затем участникам рассказывается о сущности локуса субъективного контроля, специфике интернального и экстернального локусов. После чего участники выполняют методику «Уровень субъективного контроля» по Дж. Роттеру. Полученные результаты по методике представляются участникам в качестве эксклюзивной информации для осмысления и принятия решения.

В целях развития у ветеранов боевых действий способности самим принимать ответственные решения в ситуации действия разных мотивов может использоваться метод «Шесть шляп мышления» (англ. Six Thinking Hats), разработанная английским писателем и специалистом в области творческого мышления Эдвардом де Боно[1]. Этот метод может применяться при оценке событий, планировании важных дел, принятии решений, разрешении конфликтных ситуаций, оценке и определении путей выхода из сложных жизненных ситуаций, разрешения личностных проблем людей.

Де Боно показывает, что многие проблемы, связанные с восприятием и мышлением, имеют в своей основе чрезмерную эмоциональную насыщенность (вместо размышлений люди заняты переживаниями), растерянность (сталкиваясь с новой или многоуровневой задачей, люди испытывают неуверенность), путаницу (пытаясь использовать разные способы мышления, следить за партнерами и т. д., люди путаются). Метод «Шесть шляп мышления» призван преодолеть эти проблемы посредством овладения стратегией многомерного параллель-

---

[1] См.: *Боно Э.* Шесть шляп мышления : пер. с англ. Минск : «Попурри», 2006.

ного мышления. Это достигается путем разделения мыслительного процесса на шесть качественно своеобразных режимов, которые условно обозначаются как: исследовательский, креативный, эмоциональный, критический, оптимистический, руководящий. Каждый из перечисленных режимов выполняет в процессе мышления вполне конкретные функции, строится на основе определенных правил и обозначается метафорическими шляпами разного цвета (белого, черного, красного, зеленого, желтого, синего). Использование «шляпной» метафоры позволяет лучше запомнить название режимов мышления, реализуемые в них функции, создает благоприятный эмоциональный фон даже при принятии очень серьезных решений. Создание положительного эмоционального фона при обучающее-развивающей работе вообще и работе с ветеранами, особенно ранеными и инвалидами боевых действий, является критически важным.

Охарактеризуем каждый режим мышления, связанный со шляпой конкретного цвета.

Синяя шляпа (главная функция — управление процессом решения задачи). Человек, надевший синюю шляпу, действует по следующим правилам: в начале работы определяет порядок (последовательность и регламент) работы; в ходе работы анализирует и обобщает достигнутое на каждом этапе, обращает внимание на противоречивости позиций, удерживает внимание на решаемой задаче; в завершении работы формулирует и фиксирует достигнутый результат, определяет задачи на будущее.

Белая шляпа (главная функция — исследование имеющихся фактов, информации и ресурсов, необходимых для принятия обоснованного решения). Действуя в режиме белой шляпы (беспристрастно, не поддаваясь эмоциям) человек выясняет: что известно о состоянии и способах решения проблемы (факты, данные, информация, исследования, статистика); какой информации недостает; как можно получить необходимые сведения.

Красная шляпа (главная функция — эмоционально-интуитивное проникновение в ситуацию). Одевается на непродолжительные временные отрезки (20—30 сек.). Участник в красной шляпе пытается: высказать обоснованные догадки и предположения о смысле ситуации и путях решения проблемы; рассказать о своих чувствах и ощущениях в связи с позициями,

высказываемыми участниками в разных шляпах; интуитивно представить эмоционально-чувственные последствия действий тем или иным образом.

Черная шляпа (главная функция — критическое осмысление ситуации, предостережение участников от опасных решений). Она необходима тогда, когда участниками овладела эйфория. Человек в черной шляпе: ищет проблемы и несовпадения; выявляет возможные препятствия, риски, опасности, неблагоприятные последствия; обращает внимание на слабость аргументов в пользу тех или иных решений.

Желтая шляпа (главная функция — вселение оптимизма в участников). Участник в желтой шляпе: обращает внимание на положительные стороны, преимущества и достоинства, связанные с рассматриваемым вопросом; осуществляет поиск аргументов в пользу той или иной позиции; освещает позитивные перспективы реализации решения.

Зеленая шляпа (главная функция — выработка креативных предложений). Участник в зеленой шляпе: ведет поиск необычных, творческих идей и провокационных решений; определяет, какие имеются альтернативы; разрушает стереотипы, целенаправленно ищет новые, нетрадиционные решения.

Методика проведения психотехники «6 шляп мышления»

Приведем для примера описание хода принятия решения «ветераном боевых действий» методом «Шесть шляп мышления». В работе принимает участие 6 человек в шляпах разного цвета, символизирующих разные режимы мышления ветерана.

Синяя шляпа: представляется, что начать обсуждение лучше с позиций белой шляпы. Нет возражений? Тогда приступаем.

Белая шляпа: Я — Дмитрий участник боевых действий. Находился в горячей точке и во время задания потерял своих товарищей (Васю и Колю). Меня мучают воспоминания о войне, о потере друзей. Меня пригласили на встречу ветеранов 15 февраля в 15.00. Там будет 25 человек. Будет проходить награждение. В 19.30 состоится развлекательная программа. Надо будет узнать номер телефона организатора, чтобы уточнить, кто из товарищей придет.

Черная шляпа: Может, мне не идти? Вспомню о погибших товарищах, мне будет плохо, могу расчувствоваться. А если во время награждения меня заставят говорить речь, я запнусь, и надо мной будут смеяться. Не пойду. Нет, не пойду, не люблю

излишнее внимание. Увижу Толю и так разозлюсь, что не смогу удержаться, чтоб не врезать ему, не стоит мне идти. Все-таки я не пойду, там будет скучно, долго и нудно. Воспоминания. Не пойду!

Желтая шляпа: Хм. Может сходить, развеяться? Увижу своих товарищей, с которыми давно хотел увидеться. Раз уж меня пригласили, значит, меня помнят, ценят и уважают. Надо идти. Говорили, что будут награждать, это ведь здорово! Там же не только наши будут, познакомлюсь с новыми людьми. К тому же заманивали концертом, наверняка будет что-то стоящее! Схожу, сменю обстановку, а то все дома, да дома. Ромку, Витьку увижу, узнаю, как они поживают, Я ведь так соскучился по ним, точно пойду!

Зеленая шляпа: Достану старые фотографии, займусь, пожалуй, созданием слайд-шоу. Возьму с собой гитару. Можно придумать девиз или даже гимн написать! Одену-ка я зеленую бабочку в красный горошек, я там точно один такой буду. А еще прикачу туда на самокате, представляю их удивленные лица!

Красная шляпа: Нахлынут воспоминания — страшно. Разозлюсь ведь, как только Толю увижу. Буду смущаться на сцене, или наоборот, почувствую гордость. Интересно, сильно ли ребята изменились? Кто-то похорошел, а Костик, наверное, как был колобком, так и остался. Забавненько... Это же такая радость их увидеть! Получу много позитива.

Синяя шляпа: «Итак. Я приобрету от этой встречи гораздо больше, чем потеряю. Надо идти. Надоело в четырех стенах сидеть, схожу, пообщаюсь. По друзьям соскучился, кто знает, когда еще так соберемся. Если мне будет страшно, меня поддержат товарищи, так как они понимают мои переживания. Решено. Точно пойду!»

Из текста описания видно, что участники приняли всесторонне взвешенное решение. И авторами этого решения являются они. Задача психотехники — сформировать у участников боевых действий способ принятия таких взвешенных решений.

Технологии устранения конфликтности между Я-образами

Для устранения конфликтов между Я-образами в Я-концепции инвалидов боевых действий разработаны упражнения, направленные на уточнение Я-идеального, Я-реального, Я-социального, Я-телесного и их интеграцию в целостную непротиворечивую структуру.

В этом отношении весьма эффективным является психотехническое упражнение «*Коммуникативные качества*»[1]. Оно выполняется следующим образом: сначала участники индивидуально выделяют по 10 коммуникативных качеств, определяющих, на их взгляд, эффективность взаимодействия с людьми; затем, в ходе предъявления и обсуждения индивидуальных списков, вырабатывается групповой список наиболее важных коммуникативных качеств.

Например, в ходе проводимых тренингов в этот список часто входят следующие качества: доброта, открытость, дружелюбие, способность понимать партнера, уважительность, правдивость, раскованность, коммуникабельность, обязательность, аккуратность, внимательность, красноречие, терпимость, искренность, такт, эрудированность.

После этого каждый участник тренинга по 5-балльной шкале оценивает степень выраженности у себя качеств из группового списка. Далее осуществляется групповая оценка коммуникативных качеств каждого участника. Результаты самооценки коммуникативных качеств участниками тренинга и групповой оценки их коммуникативных качеств (обратная связь) сравниваются. Как показывает опыт, в большинстве случаев они заметно отличаются. Это различие включает механизм конфронтации, порождающий желание участников к изменению самооценки и саморазвитию.

После этого у участников испрашивается мнение о том, оценку каких своих качеств они хотели бы изменить, и осуществляется их изменение. Опыт показывает, что наибольшим изменениям, как правило, подвергаются такие качества, как «раскованность», «коммуникабельность» (желание общаться), «открытость». Благодаря этому уточняется Я-реальное по важнейшему личностному качеству, определяющему его место в системе социальных связей и отношений — способности общаться с людьми.

Технологии формирования жизневозвышающей Я-концепции (преодоление «Комплекса жертвы»)

Выход из посттравматической ситуации определяется не просто преодолением (психотехникой преодоления) трав-

[1] См.: *Абдурахманов Р. А.* Психологические трудности общения и их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане : дис. ... канд. психол. наук. М., 1994.

мы, а переходом в сферу возрождения жизни, оживления жизни в сферу жизнетворчества, искусства жизни. Отталкиваясь от трагедии, человек должен стремиться к трансгрессии личности, преодолению границы между невозможным и возможным. Техника преодоления, совладания, самоуправления, управления, организации не должна заглушить в человеке самовыражение, самоосуществление, раскрытие бытия к жизни, прокладывания своей судьбы по просторам жизни совместно с другими. Вместо преодоления себя надо дать слово самовыражению[1].

Исходя из этого положения, в ходе тренинга формируется стремление к выходу за пределы посттравматической ситуации, вступления в «нормальную» жизнь, признание в себе человека, которому доступны высокие цели, идеалы, достижения (интеграция Я-идеального, Я-реального, Я-прошлого, Я-настоящего, Я-будущего).

С этой целью может использоваться психотехника «*Убеждение на примерах*».

Суть приема «*Убеждение на примерах*» состоит в том, что до участников занятий в яркой форме доводятся сведения о жизни и деятельности военнослужащих, получивших ранения, боевые травмы и совершивших жизненные и военные подвиги. В список «примеров преодоления» можно включать участников боевых действий из обобщения А. Г. Караяни «Встань и иди»[2]: С. Н. Анохин, Д. Бейдер, А. Голланд, Л. Г. Белоусов, М. Даян, П. Дьюттман, М. И. Кутузов, Ш. Лютьенс, И. А. Маликов, З. А. Сорокин, А. П. Маресьев, Г. Нельсон, В. Петерман, Ф. Ф. Прохоренко, С. Сакаи и др.

С участниками тренинга организуется групповое обсуждение жизненных историй перечисленных лиц. Упор делается на «открытие» того психологического ресурса, который позволил людям, лишенным ног, рук, глаз, имеющим тяжелые травмы внутренних органов, преодолеть строгие запреты общества и армейской службы, вернуться в боевой строй, в самолеты, танки, в окопы, воевать значительно лучше «здоровых» людей и совершить героические подвиги.

---

[1] См.: *Магомед-Эминов М. Ш.* Экстремальная психология. Т. 2. От психотравмы к психотрансформации. М., 2006.

[2] См.: *Караяни А. Г., Волобуева Ю. М., Дубяга В. Ф.* Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий.

Затем организуется групповое обсуждение того, какие виды ресурса помогают преодолевать сегодняшние трудности ветеранов — участников тренинга. Как правило, главными видами «ресурса преодоления» называются волевые качества, уверенность в себе и вера.

Важнейшей задачей тренинга является вовлечение ветеранов боевых действий в интенсивную, эмоционально окрашенную рефлексию «комплекса жертвы», который «захватывает» Я-реальное некоторых из них. Именно такая эмоционально окрашенная рефлексия, ведущая к пониманию бессмысленности и дисфункциональности комплекса, может способствовать избавлению от него.

Для этой цели может использоваться разработанное А. Г. Караяни и Ю. М. Караяни психотехническое упражнение «*Вавилонский базар*». Оно выполняется так. Члены группы по команде ведущего описывают свою проблему и сдают листочки с описаниями ведущему, не подписывая их. Ведущий в случайном порядке берет листочки и зачитывает описание проблемы. Эта проблема становится предметом групповой дискуссии. В ходе группового обсуждения анализируется степень «виктимности» жизненной ситуации автора (не является ли ее причиной избранная ветераном позиция жертвы). Затем аудитории задается вопрос, кто хотел бы поменять свою жизненную проблему на только что обсужденную. Опыт показывает, что, как правило, никто из участников не желает поменять свою проблему на чужую. В связи с этим организуется групповая рефлексия того, почему инвалиды, «отягощенные» своей проблемой, все же в конце концов «оставляют» ее себе, а не меняют на другую.

Упражнение выводит участников на осознание того, что жизненные проблемы имеются практически у каждого человека, что свои проблемы — не всегда «самые страшные» проблемы, что необходимо уметь выбирать эффективные стратегии противостояния жизненным неудачам.

Благодаря этому запускается процесс внутренней рефлексии, ведущий к переосмыслению своих проблем, снижению их эмоциональной насыщенности и драматичности.

Нередко ощущение себя «жертвой» у ветерана вызывает доминантный, безапелляционный, нетактичный человек, с которым он вынужден часто общаться. Не только общение с таким

человеком, но и мысли о нем могут превратить жизнь в муку. Конечно, общения с такими людьми лучше избегать или все же налаживать с ними нормальные отношения. Но если это невозможно, в практике нейролингвистического программирования имеется психотехника «Общение с неприятным партнером», которая может снять у ветерана комплекс жертвы.

Психотехника «*Общение с неприятным партнером*» выполняется следующим образом. Необходимо представить себе образ неприятного человека как можно ярче во всех модальностях: визуальный образ, громкость и тембр речи, движения, запах и т. д. Почувствовать, какие чувства он у вас вызывает. Затем последовательно вносить изменения во все модальности этого образа: а) изменить внешний вид (рост, размеры частей тела, цвет тела) от угрожающего, довлеющего к нейтральному, комичному; б) модифицировать голос (громкость, тембр, фигуры речи) от властных к «мультяшным»; преобразовать запахи, тактильные ощущения от контакта с этим партнером (от реальных к уничижительно неприятным). Нужно представить измененный образ партнера как можно ярче, почувствовать свое отношение к нему. В конце нужно вновь попытаться представить образ партнера таким, каким он является в обычной жизни и оценить свои чувства. Если этот образ нельзя представить ярко или если он уже не вызывает неприятных ощущений — цель достигнута. В противном случае, нужно выполнить психотехнику еще раз.

Развитию у ветеранов боевых действий уверенности в себе может помочь разработанная в практике нейролингвистического программирования психотехника «Походка уверенности».

Психотехника «*Походка уверенности*» выполняется так. Ветерану боевых действий, испытывающему неуверенность в решении каких-либо проблем, предлагается прогуливаться по аудитории и думать «Я не смогу!» Психолог должен внимательно фиксировать положение его головы, плеч, корпуса, движение рук, походку и составить «телесный портрет неуверенности» данного ветерана. Психолог знакомит ветерана с этим портретом. Затем психолог предлагает ему вновь прохаживать по аудитории и думать, что «у него не получится», но теперь положение и движение частей тела должно быть прямо противоположным тем, которые составляют «телесный портрет неуверенности». После этого обсуждаются ощущения ветерана при первом и вто-

ром «прогуливании». Ветеран подводится к выводу, что без соответствующей работы тела почувствовать неуверенность трудно. До него доводится теория эмоций Джеймса — Ланге, вырабатывается и закрепляется «Походка уверенности».

Таким образом, реабилитационный тренинг позволяет достигать качественных и количественных изменений восприятия военнослужащими временного модуса собственной жизни, отношения к себе как «причине» своего поведения, реальной оценки своих коммуникативных качеств, места в системе социальных связей и отношений, согласования Я-идеального, Я-реального, Я-зеркального, Я-будущего.

Литература

1. *Абдурахманов, Р. А.* Психологические трудности общения и их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане : дис. ... канд. психол. наук. — М., 1994.

2. *Боно, Э.* Шесть шляп мышления : пер. с англ. — Минск : «Попурри», 2006.

3. *Караяни, А. Г.* Военная психология. В 2 ч. Ч. 1 : учебник и практикум для вузов. — М. : Издательство Юрайт, 2016.

4. *Караяни, А. Г., Волобуева, Ю. М., Дубяга, В. Ф.* Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий. — М., 2007.

5. *Съедин, С. И., Абдурахманов, Р. А.* Психологические последствия воздействия боевой обстановки. — М., 1992.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Какие бывают рэп-группы?
2. Что такое групповой реабилитационный тренинг?
3. Каковы задачи реабилитационного тренинга?
4. Каковы принципы реабилитационного тренинга?
5. Какие методы используются в реабилитационном тренинге?
6. Какова структура сессии реабилитационного тренинга?

Практические задания

1. На листе бумаги нарисуйте линию своей жизни. Ответьте на вопросы, описанные выше в методике «Линия жизни». Сравните свою линию жизни с линиями жизни М. И. Кутузова, А. П. Маресьева.

2. Выберите одну из своих проблем, по которой вам было сложно принять решение. Четко сформулируйте эту проблему. Используя метод «6 шляп мышления», примите решение по сформулированной проблеме.

Глава 7
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАДАПТАЦИЯ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

7.1. Сущность и этапы социально-психологической реадаптации участников боевых действий

История участия военнослужащих армий разных государств свидетельствует о том, что их возвращение с полей сражений в мирные условия существования не сводится к простому перемещению из зоны боевых действий в места постоянной дислокации. Это сложный, противоречивый, драматический и переломный момент в человеческой жизни. Опыт показывает, что нередко между физическим и психологическим возвращением участника боевых действий в мирную жизнь лежит пропасть, наполненная болью, страданиями и потерями.

В том случае, когда психологическое возвращение опережает физическое, у военнослужащего может возникать «синдром заменщика». Ожидая скорую замену, участник боевых действий всеми мыслями и чувствами устремляется к мирной жизни, к встрече с родными, близкими, друзьями, к любимым занятиям и хобби. Его внимание переносится с элементов боевой обстановки «здесь и теперь» на картины и переживания будущего. В результате у него снижаются боевая настороженность, чувство опасности, уровень психофизиологической мобилизованности, что может привести к пропуску важной информации, опасного маневра противника, неспособности своевременно отреагировать на опасность, обеспечить волевое напряжение, необходимое для противоборства с врагом. На войне такие люди нередко гибнут буквально в последние дни перед заменой. С учетом этого во время войны в Афгани-

стане (1979—1989 гг.) существовало правило: в последние два месяца перед заменой не посылать военнослужащих на выполнение сложных и опасных заданий.

Тогда, когда психологическое возвращение с войны в мирную жизнь существенно отстает от физического возвращения, у ветерана боевых действий может сохраняться ощущение продолжения участия в боевых действиях, в своей «внутренней войне». Эта «внутренняя война» отличается особой жестокостью, многообразной психологической симптоматикой и нередко составляет особую когнитивно-эмоционально-поведенческую констелляцию, обозначаемую как «вьетнамский синдром», «афганский синдром», «чеченский синдром», «синдром войны в Заливе», «иракский синдром» и т. д.

Когда физическое возвращение состоялось, а психологическая рекуперация невозможна из-за того, что общество не принимает ветерана, и мирный социум представляется враждебной средой, он уходит в свой внутренний мир, изолируется от социального окружения и «зависает» между войной и миром.

Психика людей, перестроенная под потребности боя, оказывается неприспособленной к мирной обстановке, к стандартным ценностям общества, к оценке мирными гражданами пережитых ветераном военных событий и др. В этой связи появляются возможности дополнительной психотравматизации ветеранов и порождения у них неприятия существующих социальных ценностей, развития асоциальных форм поведения и др. Об этом говорят данные, полученные нами на материале опроса 180 участников боевых действий, отраженные в виде усредненного профиля переживаний ветеранов боевых действий[1]. На рис. 7.1 видно, что, с одной стороны, у них отмечалось чувство честно выполненного долга (ЧВД), а, с другой стороны, отмечалось непонимание того, что происходит, ощущение, что их «подставили», «предали».

Ощущение того, что их просто «использовали» для достижения политических, экономических, криминальных и иных целей, было характерно для американских ветеранов Вьетнама, для участников боевых действий в Афганистане после 1985 г.,

---

[1] См.: *Караяни А. Г.* Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей Сухопутных войск в локальных военных конфликтах. С. 98.

для ветеранов первой антитеррористической операции в Чечне. Это стало следствием того, что во всех перечисленных случаях военнослужащие, возвращавшиеся с полей сражений, были практически оставлены наедине с собой, и вскоре попросту забыты. Тысячи военнослужащих, первоначально нуждавшихся в обычном одобрении, понимании, поддержке окружающих и не дождавшихся этого, пополнили ряды нуждающихся в психологической помощи. Многие из них были отнесены к категории «посттравматиков», что крайне негативно повлияло на их жизненные планы, карьеру, социальное благополучие.

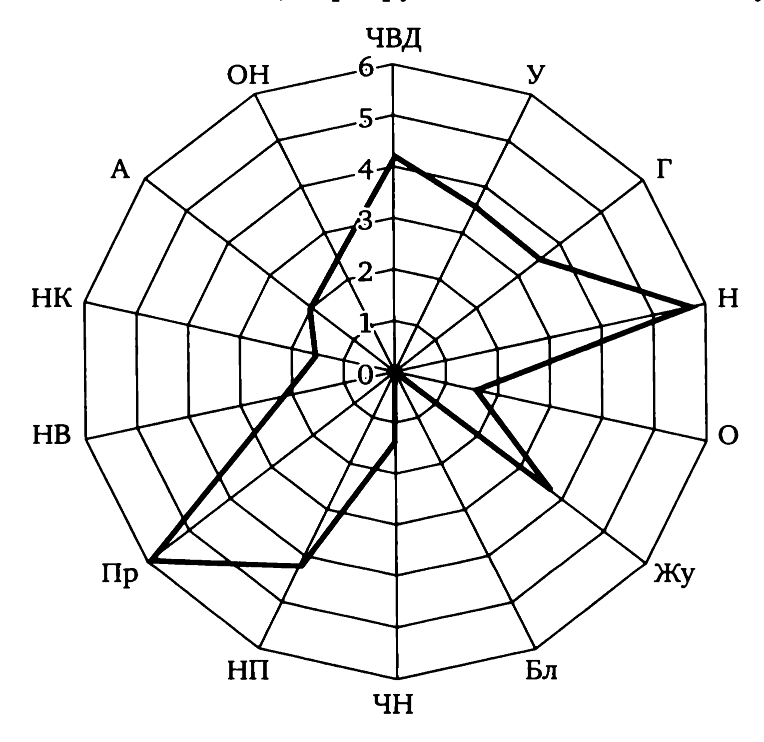


Рис. 7.1. **Усредненный профиль переживаний военнослужащих, завершивших участие в боевых действиях в Чечне (1996—1997):**
переживания ЧВД — чувство честно выполненного долга;
У — удовлетворенность; Г — гордость за участие в событиях;
Н — непонимание происходящих событий; ЖУ — желание вновь участвовать в подобных событиях; Бл — чувство благодарности руководителям; ЧН — чувство неуверенности в своих силах;
НП — ненависть к противнику; Пр — ощущение того, что *участника* боевых действий «подставили», предали; НВ — навязчивые воспоминании; НК — ночные кошмары; А — агрессивность;
ОН — ощущение своей ненужности. Цифрами на осях даны условные баллы

Наблюдение за поведением ветеранов локальных военных конфликтов и беседы с ними показывают, что сформировавшаяся у них в боевой обстановке совокупность личностных изменений порой трансформируется в своеобразный комплекс «военизированной психики», для которого характерны специфические особенности в потребностной сфере, в области ценностных ориентаций и социального взаимодействия военнослужащих. Так, вследствие имеющего место упрощения когнитивной сферы участников экстремальной деятельности у них отмечается усиление жесткости, бескомпромиссности и ригидности нравственных ориентиров. Нередко проявляется стремление переделать гражданскую жизнь по негласным законам человеческих отношений военного времени.

При возвращении в мирную обстановку у ветеранов боевых действий **актуализируется целый ряд потребностей**. Такие потребности носят универсальный характер, однако в данном случае они имеют чрезвычайную степень выраженности.

Во-первых, у большинства участников боевых действий отмечается ярко выраженное *желание быть понятым*. Ветераны хотят, чтобы окружающие люди, особенно из ближайшего социального окружения понимали, что они сражались за правое дело, что их участие в жестоком насилии нравственно оправданно и социально полезно. Это позволяет военнослужащему преодолеть комплекс вины, оправдаться перед самим собой, своей совестью, сделать воспоминания об агрессивных и жестких поступках менее травмирующими.

Во-вторых, у участников боевых действий актуализируется *потребность быть социально признанными*. Естественное желание человека быть личностью, получать высокую оценку своих достижений, у людей, возвращающихся в мирную жизнь, приобретает особое значение. При этом справедливо считается, что достойными общественного признания являются не только героические поступки, но и внутренние победы человека над собой: уже само то, что военнослужащий не струсил, не дезертировал, не симулировал и т. д. Наблюдается желание, чтобы факт положительной оценки их боевых действий стал известен широкому кругу людей, сослуживцам, членам семьи.

В-третьих, важной тенденцией, характеризующей психическое состояние участников боевых событий, является *стремление быть принятым в систему социальных связей и отношений мирной жизни с более высоким*, чем прежде, *социальным*

статусом. Это объяснятся тем, что дело, которое они делали «там», социально более значимо, чем то, которым занимались военнослужащие, оставшиеся в местах постоянной дислокации частей. На основании этого участники боевых действий ожидают особого отношения к себе со стороны окружающих. В противном случае возникают различного рода синдромы по типу «чеченского», когда со стороны участников боевых действий проявляется агрессивное отношение к сослуживцам, не имевшим боевого опыта.

Политика закрытия информации об участии военнослужащих в боевых действиях может стать причиной негативных психологических последствий у ветеранов войн и военных конфликтов.

В-четвертых, нередко у людей, возвращающихся из зоны боевых действий, наблюдается своеобразное «*ошеломление*» при столкновениях с реальностями мирной жизни. Им трудно свыкнуться с мыслью, что в то время, когда они рисковали жизнью, в стране, в армии ничего не изменилось, многие члены их социального окружения просто не заметили их отсутствия. Более того, оказывается, не все люди разделяют их взгляды на цели, характер и способы ведения войны. Это может привести к серьезным нравственно-психологическим проблемам у ветеранов войны, сформировать у них ощущение чужеродности социального окружения.

Безусловно, отмечающийся в последних войнах принцип «вахтового» или «челночного» участия в боевых действиях, когда военнослужащие находятся в зоне боевых действий не более трех месяцев, иногда совершая несколько таких командировок, должен внести коррекцию в описанные выше переживания. Все это требует дополнительного изучения.

В-пятых, существенной психологической характеристикой участников локальных военных конфликтов является *снижение порогов чувствительности к социальным воздействиям*. С психологической точки зрения они становятся как бы психологически «обнаженными», ранимыми.

В том случае, если перечисленные психологические особенности ветеранов войны не учитываются в работе с ними, то создаются предпосылки для возникновения сложных психологических и социальных последствий. Вместе с отчаянием, фрустрацией, апатией у военнослужащих могут развиваться личностные трансформации, складываться искаженная кар-

тина мира, формироваться агрессивное, конфликтное поведение. Неподготовленное, стихийное столкновение участников локальных военных конфликтов с реалиями мирной жизни чревато усилением их психотравматизации и манифестаций посттравматических стрессовых расстройств.

Все это говорит о том, что необходим специальный, организованный период перевода психики военнослужащих с военного времени на мирный режим функционирования, постепенного, «щадящего» включения их в систему социальных отношений мирных условий, т. е. период *социально-психологической реадаптации*. По существу, речь идет о бескризисной дезактуализации психологического ресурса, необходимого для выживания и эффективных боевых действий, и восстановлении психологического ресурса мирного времени. Технология проведения социально-психологической реадаптации предполагает последовательное осуществление ряда мероприятий, как *с ветеранами боевых действий*, так и с их *непосредственным социальным окружением*. Технологическая схема этой деятельности зависит от причин возникновения потребности в реадаптации (окончание боевых действий, ротация воинского подразделения, индивидуальная замена военнослужащего) и от продолжительности нахождения военнослужащего в зоне боевых действий. По-видимому, военнослужащие, находившиеся в зоне боевых действий непродолжительное время и не принимавшие участия в непосредственных боевых действиях, в специальной реадаптации не нуждаются.

Социально-психологическая реадаптация предполагает организованное психологическое «возвращение» военнослужащих в мирные условия жизнедеятельности после продолжительного выполнения сложных боевых задач. Целью деятельности командиров, штабов, органов по работе с личным составом в рамках социально-психологической реадаптации является достижение плавного, бескризисного, бережного «встраивания» участников экстремальной деятельности в систему повседневных связей и отношений, восстановление и укрепление их личностного и социального статуса[1].

---

[1] См.: *Караяни А. Г., Сыромятников И. В.* Военная психология : учебник для специалистов психологической работы Вооруженных Сил Российской Федерации. С. 271—276 ; *Караяни А. Г.* Военная психология. В 2 ч. Ч. 2 : учебник и практикум для вузов. С. 203—220.

Социально-психологическая реадаптация включает решение **трех основных задач**: а) реконструкцию ценностно-ориентационной системы самих участников боевых действий, б) создание вокруг них реадаптирующей социальной среды и в) оказание помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством.

7.2. Задачи и мероприятия «психологического карантина»

Первая задача социально-психологической реадаптации в основном решается в процессе специально организованного и пролонгированного во времени (порядка 2—5 суток) периода между окончанием участия военнослужащих в боевых действиях и вступлением в полнокровную мирную жизнь, называемого периодом «**психологического карантина**». На этом этапе деятельность командиров и военных психологов направляется на:

— когнитивно-смысловую переработку, структурирование травматического и субтравматического боевого опыта и его интеграцию в личностную историю военнослужащего; отреагирование травматических ситуаций (беседы участников боевых действий друг с другом, с командирами, психологами), купирование чувства вины;

— удовлетворение специфических потребностей ветеранов (окончательный разбор боевых действий личного состава, по возможности положительная оценка вклада каждого военнослужащего в решение боевых задач);

— психологическую подготовку ветеранов к типовым конфликтным ситуациям мирной жизни (в семье, на службе, в социуме);

— постепенный перевод психики с военного на мирный режим функционирования (снижение уровня боевой настороженности, возбуждения, психического напряжения, готовности к импульсивному реагированию по механизму «боевого рефлекса» и т. д.);

— снятие боевого напряжения (вовлечение военнослужащих в динамичную, нескучную и несложную деятельность);

— выявление военнослужащих, получивших боевые психические травмы, и оказание им психологической помощи;

— постепенное, поэтапное вовлечение людей с «невоенизированной» психикой в контакты с ветеранами боевых действий.

«Психологический карантин» может проводиться в специально оборудованных местах военных баз, которые по уровню комфорта жизни, материально-технического обеспечения, культурно-досугового обслуживания и режиму жизнедеятельности занимают промежуточное положение между войной и миром.

Зарубежный опыт психологического возвращения участников боевых действий в мирную жизнь

В армиях многих стран считается, что возвращающиеся с войны ветераны, прежде чем вступить в мирную жизнь, должны обязательно «остыть», «сбросить напряжение», «проветриться», «смыть миссию» и т. д. Поэтому их возвращение домой должно быть постепенным, включать некий промежуточный пункт, где и происходит это «остывание». Таким образом, процесс социально-психологической реадаптации обязательно должен включать три места: зону боевых действий, промежуточный пункт и место постоянной дислокации. В соответствии с избранной метафорой, отражающей процесс возвращения, он имеет различное название в разных странах. В британской, канадской и австралийской армиях принята метафора водолаза, и процесс возвращения ветеранов называется «трехместная декомпрессия» или «декомпрессия третьего места». Считается, что подобно тому, как водолаз на большой глубине подвергается сильному давлению воды, участник боевых действий испытывает мощное психологическое и физическое давление боевой обстановки. И точно так же, как поднимают водолаза из глубины на поверхность (постепенно, с остановками, соблюдая правила декомпрессии), нужно возвращать и участников боевых действий. Быстрый подъем водолаза грозит ему смертью из-за вскипания азота в крови. Быстрое возвращение участника боевых действий чревато негативными психологическими последствиями. В армиях Франции и Бельгии процесс возвращения ветеранов называется «шлюз завершения миссии». Шлюз является промежуточной средой между двумя разнокачественными средами. В армии США, по-видимому, в качестве метафоры возвращения ветеранов в мирный социум взято представление о длительной поездке, путешествии, которое требует остановок, поэтому этот процесс называется транзитом.

Задачами программ реадаптации участников боевых действий являются[1]:

1) содействие и облегчение перехода из боевой жизни в небоевую жизнь: редукция стресса, связанного с возвращением, реинтеграция в семейную жизнь;

2) обеспечение хорошего физического здоровья и психогигиены посредством релаксации, развлечения, рефлексии: стимуляция позитивных мыслей о боевом опыте через индивидуальную рефлексию и групповое обсуждение боевого опыта;

3) повышение осознанности симптомов психического здоровья и способов их устранения: обучение работе с тяжелыми переживаниями, методам узнавания и купирования необычных реакций (например, копинг-гнева);

4) снятие чувства вины перед теми, кто продолжает служить;

5) стимулирование обмена информацией о боевых переживаниях: неформальные интервенции по психическому здоровью через развлекательную активность, отдых, процессы помощи и нормализации, снимающие страхи перед поиском помощи;

6) снижение стресса, ассоциирующегося с возвращением, реинтеграцией и реадаптацией в семейную жизнь: консультации с детьми, женами, согласование (соединение) ожиданий с двух сторон, воздействие на образ мышления обеих сторон.

Программа реадаптации ветеранов боевых действий, как правило, включает:

— психологическое образование, то есть консультирование по психическому здоровью, симптомам стресса, копинг-стратегиям, методам адаптации и преодоления гнева;

— дискуссии о боевых переживаниях в целях «завершения» боевого опыта (организованные брифинги и спонтанные беседы с сослуживцами);

— отдых и развлечения (прогулки, купание в море и бассейне, посещение исторических и культурных мест, концертов, художественных фильмов, спортивные игры, занятия картингом, парусным спортом, катание на квадроциклах, водных лыжах);

— восстановление сил и кондиций (массаж, фитнес, спа-терапия, консультации остеопата);

— беседы с капелланами;

— пошаговое, дозированное, «культурное» подвергание нормальному потреблению алкоголя.

---

[1] *De Soir Erik L. J. L.* The Belgian End of Mission Transition Period: Lessons Learned from Third Location Decompression after Operational Deployment. URL: http://www.academia.edu/24704389/The_Belgian_End_of_Mission_Transition_Period_Lessons_Learned_from_Third_Location_Decompression_after_Operational_Deployment (дата доступа: 25.04.2018) ; *Караяни А. Г.* Военная психология. В 2 ч. Ч. 2. С. 210—211.

Местами, выполняющими роль промежуточного пункта, являются пятизвездочные гостиницы на о. Кипр (Канада, Франция, Бельгия) и о. Крит (Нидерланды), гостинцы на военных базах о. Кипр (Великобритания), места отдыха на кувейтской военной базе (США).

В настоящее время имеет место различная продолжительность пребывания военнослужащих в точке «декомпрессии». Например, британские военнослужащие находятся в ней около 36 часов, а канадские — 4—5 суток. Но в последнее время специалисты склоняются к тому, что оптимальной продолжительностью «декомпрессии» является период в 3 суток. За это время воины успевают отдохнуть, «остыть» и сбросить боевое напряжение, но не успевают дойти до такого состояния скуки, за которым начинается поиск «приключений».

Наблюдаются различия в отношении командования армий разных стран к соблюдению формы одежды ветеранами в процессе «декомпрессии». Одни остаются в военной форме (Великобритания), вторые переодеваются в военно-спортивную форму (Франция), третьи облачаются в гражданское платье (Канада).

Процесс реадаптации продолжается и в местах постоянной дислокации, где ветераны боевых действий тестируются на наличие у них психологических проблем через 12 и 24 недели. Ценность опыта прохождения курсов «декомпрессии» ветераны боевых действий оценивают в 75 %.

7.3. Методы создания реадаптирующей социальной среды

Как было подчеркнуто выше, социально-психологическая реадаптация нацелена не только на участников боевых действий, но и на социум, в который они возвращаются после войны. От того, насколько понимающим, толерантным, поддерживающим будет этот социум, в решающей степени зависит возможность, глубина и продолжительность поствоенного психологического кризиса у ветеранов, скорость и качество их социально-психологической реадаптации.

В мире накоплен опыт создания реадаптирующей социальной среды вокруг ветеранов боевых действий. Функция реадаптирующей среды состоит в том, что она должна предоставлять ветеранам боевых действий возможности: для удовлетворения

описанных выше потребностей ветеранов; когнитивно-смысловой переработки травматической информации и отреагирования травматических ситуаций; социальной поддержки в снятии у ветеранов боевых действий психического напряжения, в адаптации их к мирным условиям жизнедеятельности; постепенного изменения образа мира, разделенного на «участников» и «не участников» боевых действий, порождающего проблемы межгрупповых отношений (ингрупповой фаворитизм, аутгрупповую дискриминацию и др.).

Важным сигналом для военнослужащих, возвращающихся с войны, является то, как их встречают командиры, сослуживцы, родные и близкие. Выше уже подчеркивалось, что независимо от того, вернулся ли солдат домой победителем или побежденным, его должны достойно встретить страна, сослуживцы, члены семьи, знакомые. По существу, непродолжительное мероприятие, длящееся 1,5—2 часа, должно сообщить военнослужащим о том, кто они — сыновья или пасынки своей страны, «средство» достижения ее великих целей или важнейшая ценность. От ответа на это вопрос во многом зависит, не только будут ли военнослужащие, вернувшиеся с войны чувствовать себя «ветеранами великой страны» или ее отщепенцами, но и то, с каким настроем в боевую командировку поедут другие военнослужащие.

В психологии известно, что в жизни практически нет второй возможности произвести первое впечатление. Поэтому встреча сослуживцев, возвращающихся с войны, должна, по возможности, быть как можно более торжественной. Если с войны возвращается воинская часть, подразделение, то в месте встречи будут не лишними Боевое знамя воинской части, оркестр, цветы, командование воинской части, представители местной власти, члены семей ветеранов, добротные автобусы, праздничный стол и т. п. Если с войны возвращаются небольшие группы или одиночные военнослужащие, не помешает выделить им транспорт для доставки в воинскую часть, организовать встречу с командиром, близкими друзьями, членами семей.

Публичному признанию социальной значимости участия военнослужащих в боевых действиях и их нового, более высокого социального статуса, статуса «ветерана боевых действий», будет способствовать проведение на следующий день после их возвращения построения воинской части (с Боевым знаменем, оркестром, членами семей) и выражение ветеранам

публичной благодарности за честное и добросовестное выполнение воинского долга.

Эффективным средством переработки и отреагирования субтравматического и травматического опыта ветеранов боевых действий является включение их в активную общественную работу. Здесь могут быть полезными их выступления в воинских подразделениях своей части, в образовательных организациях, трудовых коллективах и т. д. Любое такое вступление побуждает ветерана к размышлению, переоценке своего опыта, новому «прочтению» отдельных боевых эпизодов. Чем чаще ветеран будет мысленно возвращаться к своему боевому опыту, чтобы познакомить с ним других людей, тем более гармоничным, целостным и нетравматичным будет образ боевого прошлого для него самого.

Как говорят специалисты, боевые травматические события входят в сознание, чувства, память, бессознательное военнослужащего различными путями (через глаза, уши, тактильные ощущения), но могут выйти из них только одним путем — через речь. Поэтому, чем чаще ветеран боевых действий будет рассказывать о различных эпизодах своей жизни, тем быстрее он отреагирует, упорядочит, изменит, элиминирует негативные воспоминания о них.

Ключевую роль в социально-психологической реадаптации ветеранов боевых действий играют их семьи. Семья является своеобразным социальным и психологическим буфером в контактах ветерана с социумом. От того, как оценивается в семье служба военнослужащего в боевой обстановке в решающей степени зависит благополучие военнослужащего на службе, в общении с сослуживцами, в контактах с малознакомыми людьми. Семья может стать как лекарством, дающим силы военнослужащему, так и ядом, отравляющим его душу[1].

Зарубежный опыт психологической поддержки семей участников боевых действий[2]

В армиях многих стран семье традиционно отводят роль важнейшего психологического ресурса как в процессе выполнения

[1] Подробнее о психологических проблемах в семьях участников боевых действий, возвращающихся в мирную жизнь см.: *Караяни А. Г.* Военная психология. В 2 ч. Ч. 2. С. 212—213.

[2] Airman & Family Readiness Center. URL: http://marchfss.com/personnel-services/airman-family-readiness-center/ (дата обращения: 27.04.2018).

боевых задач в зоне боевых действий, так и в процессе их социально-психологической реадаптации при возвращении в условия мирной жизнедеятельности. В ряде случаев семьи называют «домашним фронтом». Для того, чтобы этот фронт был максимально надежным, чтобы участники боевых действий не испытывали беспокойства за социальное, финансовое, психологическое благополучие родных и близких реализуются комплексные программы «поддержки военнослужащего и семьи».

Перед убытием военнослужащих в зону боевых действий с членами семей могут проводиться следующие мероприятия.

1. Беседы по вопросам финансовых, социальных, медицинских и других гарантий членам семей участников боевых действий.

2. Члены семей военнослужащих обеспечиваются соответствующими информационными материалами с описанием реализуемых в их отношении программ, в том числе, касающихся их трудоустройства, а также контактные данные лиц, ответственных за их выполнение.

3. В соответствии с программой «Поддержки разлученных сердец» с членами семей участников боевых действий организуется специальная социальная сеть, ежемесячно публикуются и высылаются по электронной почте информационные бюллетени о состоянии дел в части, где служит супруг, а также о текущих программах в поддержку семей. Члены семей побуждаются к участию в активном общении в социальных сетях с членами семей сослуживцев супруга и с менеджерами вспомоществующих агентств.

4. Участникам боевым действий, членам их семей и возлюбленным предоставляется возможность делать два 15-минутных звонка в неделю домой и из дома.

5. В специальных центрах членам семей участников боевых действий предоставляются компьютеры с Wi-Fi, открытым доступом к международной сети и оборудование для видео чата.

6. По программе «Забота об автомобиле» членам семей участников боевых действий предлагается бесплатная замена масла и топливного фильтра, а также дважды пройти проверку безопасности автомобиля. Для тех, кто находится в командировке более года, предлагаются две замены масла.

7. По программе «Дать перерыв родителям» супругам участников боевых действий предоставляется один свободный уик-энд в месяц. В течение 4 часов специально обученные люди ухаживают за детьми, предоставляя возможность супруге разобраться с накопившимися делами, просто отдохнуть.

8. По программе обучения членов семей участников боевых действий проводятся консультации относительно реинтеграции их с семьей и сообществом, систематические занятия, включающие встречи с капелланами, семейными адвокатами, консультантами по семейной жизни военнослужащих и др. Аналогичные занятия, нацеленные на бесконфликтное воссоединение с семьей, проводятся и с участниками боевых действий.

Большинство проблем в семье ветеранов возникают из-за непонимания членами семьи психологических последствий влияния боевых действий на военнослужащих, потребностей, обостряющихся у ветеранов, запретных тем в общении с ними, временности происшедших с ними изменений. Главными «врачующими» средствами, которыми располагает семья, являются понимание, терпение, любовь и психологическая поддержка.

В практике превращения семьи в реадаптирующее пространство для ветеранов боевых действий сформулирован ряд советов, которые целесообразно соблюдать членам семьи в отношениях с ветераном боевых действий. Ниже предлагается переработанный нами зарубежный опыт в этой сфере.

Советы супругам участников боевых действий по скорейшей реинтеграции ветеранов в семью[1]

1. Что нужно знать при общении с ветераном боевых действий?

Военнослужащий, вернувшийся после участия в боевых действиях, изменился, в каком-то смысле стал другим. Он прошел суровые испытания, получил уникальный опыт, стал, сильнее, мудрее. Его боевое прошлое включает и мужественные поступки, и примеры настоящего боевого товарищества, и тревожные воспоминания, серьезные сомнения, чувство вины. Возможно, в его поведении вы обнаружите резкость, вспыльчивость, нетерпимость, снижение желания общаться с окружающими, в том числе и членами семьи, беспричинную смену настроения, чрезмерную бдительность, утрату интереса к прошлым занятиям и увлечениям.

[1] См.: 23 рекомендации военных психологов семьям бойцов. URL: http://24tv.ua/ru/23_soveta_voennyh_psihologov_semjam_bojcov_ato_n543301 (дата обращения: 26.04.2018) ; *Кириленко М.* Когда боец вернется домой. Советы членам семьи участника боевых действий. URL: http://fp.com.ua/articles/kogda-boets-vernetsya-domoy-sovetyi-chlenam-semiuchastnika-boevyih-deystviy/ (дата обращения: 27.04.2018).

Ваш родной человек долгое время жил в режиме боевых действий, по законам войны, и для него естественны некоторая жесткость, бескомпромиссность, категоричность, «черно-белое» восприятие мира, попытки четко определять, где друг, а где враг, поиск «командира», которому бы он подчинялся, или стремление взять командование на себя. При этом поначалу возможны попытки «перестроить» мирную жизнь (и даже жизнь семьи) на военизированный лад.

Столкновение ветерана с мирной жизнью может быть для него очень тяжелым, особенно когда он увидит, что в то время, когда гибнут боевые товарищи, многие живут прежними заботами, наслаждаясь жизнью, не одобряют ведения военных действий. Это может вызвать как ступор, так и агрессивные проявления по отношению к окружающим.

Знайте! Это временные изменения. Если вы любите родного вам человека, если хотите прожить с ним счастливую жизнь, то нужно принять его вместе с новыми взглядами, проблемами, страхами и, возможно, проявлениями агрессии. Он вернулся. Живой. Вернулся именно к вам. Все остальное — трудности, которые можно пережить. Возвращение к мирной жизни может затянуться, но без любви, заботы, тепла и самое главное — без принятия семьи оно станет практически невозможным.

2. Что вы можете сделать, чтобы помочь ускорить процесс реадаптации ветерана боевых действий?

Дом должен стать для него местом, где можно расслабиться, раскрыться, «остыть», «сбросить давление», «выпустить пар». Не отгораживайтесь от него, говорите с ним, слушайте его. Очень важно, чтобы ветеран боевых действий чувствовал, что рядом с ним его родной человек, который примет его любым. Он должен понять, что он вам нужен. Чем чаще он будет говорить о своем боевом прошлом, тем менее опасным оно станет для него и для окружающих. Если он услышит, что его боевые воспоминания «надоели», «достали» окружающих, он поймет, что его боевой опыт и он сам никому не нужен. Он может отгородиться от мира и остаться один на один со своими воспоминаниями, порой небезопасными для психического здоровья. Это приведет к внутреннему конфликту, который будет постепенно усиливаться. В итоге выходов из него может оказаться много, но все они будут деструктивны для личности и социума. Так будет не всегда! Ваше терпение и любовь справятся с этим!

Если родной человек стал нетерпим к физическим контактам, не проявляет сексуального влечения, приготовьтесь к тому, что нужно постепенно, день за днем, возможно — неделя за неделей, налаживать контакт. Человек должен оттаять. Ему нужно дать

понять, что он может прийти к вам в любой момент. Вы рядом и будете ждать столько, сколько нужно, чтобы он смог протянуть свою руку в ответ. Так будет не всегда! Ваше терпение и любовь справятся с этим!

Если ветеран срывается, становится агрессивным на словах или начинает крушить все вокруг, уберите все колюще-режущие предметы, чтобы они не попались под руку, старайтесь говорить с ним спокойно. Это непросто, но другого пути нет. Нужно своим поведением, интонацией и реакцией показывать, что вы понимаете, как ему тяжело, но от того, что на вас кричат, понятнее не становится. Так будет не всегда! Ваше терпение и любовь справятся с этим!

Агрессия чаще всего проявляется в компаниях — кто-то «не так посмотрел», «не то сказал», «не так понял». Если вы видите, что ваш родной человек начинает «заводиться», попробуйте с помощью друзей вывести человека из опасной зоны, в которой есть люди, способные спровоцировать его на конфликт. Так будет не всегда! Ваше терпение и любовь справятся с этим!

3. Что не рекомендуется делать?

Без причины жалеть ветерана, создавать вокруг него «тепличнvю» обстановку, «сюсюкать» и предоставлять возможность для бесконечного отдыха. Безделье может привести к пьянству и наркомании. Для того чтобы ветеран быстрее адаптировался, его нужно вовлекать в решение самых разнообразных жизненных и бытовых задач. Он должен понимать, что он нужен здесь и не является обузой. В противном случае в сознании бойцов возникает конфликт — там он герой, а здесь его не считают полноценным мужчиной, отцом семейства. Так будет не всегда! Ваше терпение и любовь справятся с этим!

Обижаться, изображать роль жертвы. В зоне боевых действий нет той дипломатии, к которой мы привыкли в ежедневной жизни — «там не скажи», «тут улыбнись», «условности соблюди», «так себя не поведи». Этот человек настроен категорично, он так привык. Из-за этого могут возникать конфликты. Так будет не всегда! Ваше терпение и любовь справятся с этим!

Позволить ветерану превратиться в семейного тирана, которому «дозволено» распускаться, грубить, срываться на близких. Четко обозначайте границы допустимого. Не скандальте, но твердо говорите об опасности несдержанного поведения для психического и физического здоровья детей, жизни престарелых членов семьи и даже самой сохранности семьи в будущем.

Ограждать детей от общения с отцом. Если нет агрессивных форм поведения по отношению к детям, нельзя отгораживать

детей от отца. Ребенок — это дополнительная ниточка, которая связывает ветерана с реальной жизнью. Дети понимают больше, чем вам кажется. Их участие и сопереживание могут стать для человека спасительными. Так будет не всегда! Ваше терпение и любовь справятся с этим!

4. В каких случаях нужно обратиться к психологу, психотерапевту, врачу:

— если ветерану начинают сниться кошмары;

— если проявления агрессии сопровождаются злоупотреблением алкоголя;

— если человек приехал из зоны боевых действий нетрезвый и не трезвеет несколько дней, и это не свойственное ему поведение;

— при жалобах на боли в голове, груди, спине.

Третья задача социально-психологической реадаптации состоит в скорейшем выявлении и оказании психологической помощи участникам боевых действий с симптомами ПТСР. Решение этой задачи осуществляется психологами. Психологи могут оказывать помощь ветеранам боевых действий в устранении симптомов ПТСР и стимулировать процессы посттравматического личностного роста. В случае выявления у пострадавших развернутых форм ПТСР, оказанием им помощи занимаются военно-медицинские работники и клинические психологи.

Особое место в системе социально-психологической реадаптации занимает система медико-психологической реабилитации, осуществляющаяся на основе требований приказа министра обороны Российской Федерации от 27.01.2017 № 60 «О медико-психологической реабилитации военнослужащих». Приказ определяет, что военнослужащие, принимавшие участие в боевых действиях на протяжении более 30 суток, и имеющие признаки утомления 1-й и 2-й степени (код заболевания по МКБ-10 — R45.0-R45.8), направляются на медико-психологическую реабилитацию продолжительностью 10 суток. Если у таких военнослужащих обнаруживаются признаки утомления 3-й степени и переутомления (коды заболевания по МКБ-10 — R45.0-R45.8; Z73.0-Z73.9), продолжительность их реабилитации составляет 20 суток.

Военнослужащие, подлежащие медико-психологической реабилитации, направляются командирами воинских частей в военно-медицинские организации не позднее трех суток после прибытия в пункты постоянной дислокации воинских частей для определения показаний к медико-психологической реабилитации. Последние выносят заключение о наличии показаний к ме-

дико-психологической реабилитации и соответствующей ее продолжительности.

При проведении медико-психологической реабилитации реализуется комплекс медицинских, психологических и общих оздоровительных мероприятий по восстановлению боеспособности (работоспособности) военнослужащих. Реабилитация проводится по территориальному принципу в санаторно-курортных организациях, на базах и в домах отдыха Министерства обороны Российской Федерации, ближайших к месту прохождения службы.

Таким образом, в ходе участия в боевых действиях существенной трансформации подвергаются все компоненты психики военнослужащих, особенно ценностные ориентации, жизненные смыслы, самооценка, модели общения и др. По существу, их психика подвергается «военизации», то есть функционирует в особых режимах, управляется специфическими побудителями, имеет своеобразную динамику. Неподготовленное возвращение таких воинов в обстановку мирной жизни может стать мощным фактором их вторичной психотравматизации. Потому необходима реадаптация участников боевой деятельности к мирным условиям жизни. Она направляется на такое психологическое возвращение участников боевых действий в мирную жизнь, при котором минимизируются негативные психологические проблемы военнослужащих, возможности развития у них ПТСР.

Социально-психологическая реадаптация направляется на самих участников боевых действий, членов их семей, их ближайшее социальное окружение. Особая роль в создании вокруг ветеранов боевых действий реадаптирующей среды принадлежит их семьям. Составным элементом реадаптации является медико-психологическая реабилитация участников боевых действий.

Литература

1. *Караяни, А. Г.* Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей Сухопутных войск в локальных военных конфликтах : монография. — М. : Изд-во ВУ, 1998.

2. *Караяни, А. Г., Сыромятников, И. В.* Прикладная военная психология. — СПб. : Питер, 2006.

3. *Караяни, А. Г., Корчемный, П. А.* Психологическая помощь военнослужащим в экстремальных условиях. — М. : Изд-во ВУ, 2010.
4. *Караяни, А. Г., Караяни, Ю. М.* Психологическая помощь военнослужащим в боевой обстановке. — М. : Изд-во ВУ, 2016.
5. *Караяни, А. Г.* Военная психология. В 2 ч. Ч. 2 : учебник и практикум для вузов. М. : Издательство Юрайт, 2016.
6. *Караяни, А. Г., Сыромятников, И. В.* Военная психология : учебник для специалистов психологической работы Вооруженных сил Российской Федерации. — М. : Изд-во ВУ, 2016.
7. *De Soir Erik, L. J. L.* The Belgian End of Mission Transition Period: Lessons Learned from Third Location Decompression after Operational Deployment. — URL: http://www.academia.edu/24704389/The_Belgian_End_of_Mission_Transition_Period_Lessons_Learned_from_Third_Location_Decompression_after_Operational_Deployment (дата обращения: 25.04.2018).

Вопросы для самостоятельной работы

1. Какие потребности остро проявляются у ветеранов боевых действий?
2. Что такое социально-психологическая реадаптация (СПР) участников боевых действий?
3. Какие задачи решает СПР?
4. Какие особенности имеются у СПР военнослужащих зарубежных армий?
5. Каково содержание работы по формированию реадаптирующей среды вокруг ветеранов боевых действий?
6. Какова роль и тактика поведения семьи в СПР ветерана боевых действий?

Практические задания

1. Составьте список психологических проблем, характерных для периода реинтеграции ветеранов боевых действий с семьей. Определите, какие из них могут сказаться на процессе СПР наиболее сильно.
2. Оцените функциональность реализуемых в зарубежных армиях программ поддержки членов семей участников боевых действий. Каким образом они могут сказаться на психологическом благополучии членов семей?
3. Назовите 5 мероприятий с участием ветеранов боевых действий, которые в наибольшей степени позволяют отреагировать их субтравматический и травматический боевой опыт.

4. Используя материал главы, попытайтесь заполнить таблицу:

№ п/п	Психологические проблемы реинтеграции ветерана боевых действий с семьей	Меры по профилактике и разрешению проблем реинтеграции
1	Жалобы ветерана на ночные кошмары	Обратиться за помощью к психологу
2		
3		

Заключение

Боевой стресс является атрибутом войны и важнейшим механизмом выживания человека в боевой обстановке. По существу, весь комплекс психологических и физиологических последствий воздействия боевой обстановки на военнослужащих так или иначе связан с боевым стрессом. Боевой стресс в умеренных проявлениях выполняет функцию мобилизации всех возможностей воина для преодоления боевых стресс-факторов. Однако, переходя предел своей полезности, он может существенно нарушать или срывать психическое и боевое функционирование индивида.

Практически каждый участник боевых действий нуждается в психологической поддержке, а воины, получившие боевую психологическую травму — в психологической реабилитации. Возвращение военнослужащих в мирную жизнь после продолжительных и напряженных боевых действий целесообразно осуществлять в контексте их социально-психологической реадаптации.

Центральная роль в осуществлении психологической профилактики, психологической поддержки и реабилитации, социально-психологической реадаптации участников боевых действий принадлежит военному психологу. Психолог воинской части (соединения) призван владеть необходимыми компетенциями (знаниями, умениями, навыками, привычками, мотивацией), позволяющими ему эффективно реализовать свои функции в боевой обстановке.

Опыт показывает, что военный психолог в одиночку не способен обеспечить весь комплекс мероприятий по стресс-менеджменту. Важнейшей его задачей является уже в мирное время обучать боевой психологический актив, командиров подразделений, всех военнослужащих методам психологической само- и взаимопомощи, формировать у них культуру использования психологических знаний, навыков и умений в интересах повышения эффективности своих действий в бою.

Литература

1. О медико-психологической реабилитации военнослужащих : приказ министра обороны Российской Федерации № 60 от 27.01.2017.

2. *Абдурахманов, Р. А.* Психологические трудности общения и их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане : диссертация кандидата психологических наук. — Москва, 1994.

3. *Абдурахманов, Р. А.* Боевой стресс и его психологические последствия // Военная психология: методология, теория, практика. — Москва, 1998. — С. 172—189.

4. *Боно, Э.* Шесть шляп мышления : перевод с английского. — Минск : «Попурри», 2006.

5. Военная психология / под редакцией А. Г. Маклакова. — Санкт-Петербург : Питер, 2004.

6. *Караяни, А. Г.* Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей Сухопутных войск в локальных военных конфликтах : монография. — Москва : Изд-во ВУ, 1998.

7. *Караяни, А. Г.* Приемы психической саморегуляции : практическое пособие для телохранителей. — Москва, 1992.

8. *Караяни, А. Г., Сыромятников, И. В.* Прикладная военная психология. — Санкт-Петербург : Питер, 2006.

9. *Караяни, А. Г., Корчемный, П. А.* Психологическая помощь военнослужащим в экстремальных условиях. — Москва : Изд-во ВУ, 2010.

10. *Караяни, А. Г.* Военная психология. В 2 ч. Ч. 1 : учебник и практикум для вузов. — Москва : Издательство Юрайт, 2016.

11. *Караяни, А. Г.* Военная психология. В 2 ч. Ч. 2 : учебник и практикум для вузов. — Москва : Издательство Юрайт, 2016.

12. *Караяни, А. Г., Караяни, Ю. М.* Психологическая помощь военнослужащим в боевой обстановке. — Москва : Изд-во ВУ, 2016.

13. *Караяни, А. Г., Сыромятников, И. В.* Военная психология : учебник для специалистов психологической работы Во-

оруженных сил Российской Федерации. — Москва : Изд-во ВУ, 2016.

14. *Китаев-Смык, Л. А.* Побеждающие-побеждаемые: Психолог на чеченской войне // Солдат удачи (Soldiers of Fortune). — 1995. — № 12. — С. 10—15.

15. *Китаев-Смык, Л. А.* Стресс под прицелом снайпера // Миллениум. — 2001. — № 2—3.

16. *Китаев-Смык, Л. А.* Стресс войны: наблюдения врача-психолога. — Москва, 2001.

17. *Китаев-Смык, Л. А.* Организм и стресс: стресс жизни и смерти. — Москва : Смысл, 2012.

18. *Китаев-Смык, Л. А.* Сознание и стресс: Творчество. Совладание. Выгорание. Невроз. — Москва : Смысл, 2015.

19. *Корчемный, П. А.* Военная психология : учебник. — Москва, 2005.

20. *Крахмалев, А. В., Кучер, А. А.* Причины БПТ, ее проявления и первая помощь // Проблемы военной психологии. — Минск : Харвест, 2003.

21. *Лазарус, Р.* Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс. — Москва, 1970.

22. *Леонова, А. Б., Кузнецова, А. С.* Психологические технологии управления состояниями человека. — Москва : Смысл, 2009.

23. *Литвинцев, С. В., Снедков, Е. В., Резник, А. М.* Боевая психическая травма. — Москва : Медицина, 2005.

24. *Малкина-Пых, И. Г.* Экстремальные ситуации : справочник практического психолога. — Москва : Эксмо, 2005.

25. *Молчанова, Е. С.* Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-5: внесенные изменения и прежние проблемы // Медицинская психология в России : электронный научный журнал. — 2014. — № 1 (24). — С. 2. [Электронный ресурс]. — URL: http://mprj.ru.

26. *Падун, М. А., Котельникова, А. В.* Психическая травма и картина мира: теория, эмпирия, практика. — Москва : Изд-во «Институт психологии РАН», 2012.

27. Психологическая реабилитация участников боевых действий : учебное пособие / под общей редакцией А. Г. Караяни, М. С. Полянского. — Москва : Изд-во Военного университета, 2003.

28. Психологическая коррекция и реабилитация : учебное пособие / А. Г. Караяни, П. А. Корчемный, Е. В. Митасо-

ва, Ю. М. Караяни, Е. А. Некрасова ; под общей редакцией Е. В. Митасовой. — Москва, 2015.

29. *Пушкарев, А. Л., Доморацкий, В. А., Гордеева, Е. Г.* Посттравматическое стрессовое расстройство. — Минск, 2001.

30. *Сенявская, Е. С.* Психология войны в XX веке. Исторический опыт России. — Москва, 1999.

31. *Соловьев, И. О.* Посттравматический стрессовый синдром: причины, условия, последствия, оказание психологической помощи и психореабилитация. — Москва, 2000.

32. *Столяренко, А. М.* Экстремальная психопедагогика. — Москва : ЮНИТИ-ДАНА, 2002.

33. *Съедин, С. И., Абдурахманов, Р. А.* Психологические последствия воздействия боевой обстановки. — Москва, 1992.

34. *Тарабрина, Н. В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. — Санкт-Петербург : Питер, 2001.

35. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы / Н. В. Тарабрина [и др.]. — Москва : Когито-Центр, 2007.

36. *Тарабрина, Н. В.* Психология посттравматического стресса: теория и практика : монография. — Москва : Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.

37. Учебное пособие по дисциплине «Экстремальная психология» для курсантов МЧС России / под общей редакцией Ю. С. Шойгу. — Москва : Изд-во ФГБУ ВНИИ ГОСЧ (ФЦ), 2017.

38. *Черепанова, Е. М.* Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. — Москва, 1995.

39. *Шапиро, Ф.* Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры / перевод с английского А. С. Ригина. — Москва : Независимая фирма «Класс», 1998.

40. *Шумков, Г. Е.* Психика бойцов во время сражений. Вып. 1. — Санкт-Петербург, 1905.

41. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под редакцией ЭныФоа, Теренса М. Кина, Мэтью Фридмана. — Москва : Когито-Центр, 2005.

Наши книги можно приобрести:

Учебным заведениям и библиотекам:
в отделе по работе с вузами
тел.: (495) 744-00-12, e-mail: vuz@urait.ru

Частным лицам:
список магазинов смотрите на сайте urait.ru
в разделе «Частным лицам»

Магазинам и корпоративным клиентам:
в отделе продаж
тел.: (495) 744-00-12, e-mail: sales@urait.ru

Отзывы об издании присылайте в редакцию
e-mail: gred@urait.ru

Новые издания и дополнительные материалы доступны на образовательной платформе «Юрайт» urait.ru, а также в мобильном приложении «Юрайт.Библиотека»

Учебное издание

Караяни Александр Григорьевич

ПСИХОЛОГИЯ БОЕВОГО СТРЕССА И СТРЕСС-МЕНЕДЖМЕНТА

Учебное пособие для вузов

Формат 60×90 1/16.
Гарнитура «Charter». Печать цифровая.
Усл. печ. л. 9,06

ООО «Издательство Юрайт»
111123, г. Москва, ул. Плеханова, д. 4а.
Тел.: (495) 744-00-12. E-mail: izdat@urait.ru, www.urait.ru

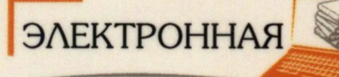


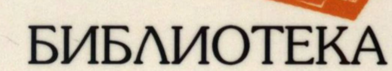


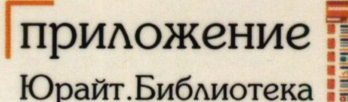






















ISBN 978-5-534-12929-8

